Gupta Strategists

Onderzoek 3-segmentenmodel verpleging en verzorging voor de NZa

Eindrapportage

1 december 2014

Inhoudsopgave

1. Samenvatting

De NZa heeft Gupta Strategists gevraagd om een advies uit te brengen over de concrete invulling van het 3-segmentenmodel voor de bekostiging van verpleging en verzorging vanuit de Zorgverzekeringswet. Segment 1 is populatiebekostiging voor zorg die niet direct toewijsbaar is aan het zorgtraject van een patiënt. Segment 2 is prestatiebekostiging voor de zorg die direct toewijsbaar is aan het zorgtraject van een patiënt. In segment 3 is ruimte voor beloning van uitkomsten. Gedurende het project is nauw samengewerkt en afgestemd met een expertgroep en een klankbordgroep waarin ActiZ, Alzheimer Nederland, BTN, NPCF, V&VN, VGVK, VNG en ZN vertegenwoordigd waren. Wij adviseren de volgende invulling per segment:

Segment 1
In het veld bestaat discussie over de invulling en inkoop van wijkgericht werken in 2015. De beelden over hoe optimale bekostiging eruit ziet, liepen binnen de klankbordgroep dan ook uiteen. Ons advies is dat zorgverzekeraars in elke wijk passende zorg inkopen. Elke aanbieder gecontracteerd voor segment 1 moet altijd ook segment 2 bieden. Dit voorkomt dat de wijkgerichte activiteiten los komen te staan van de patiëntgebonden zorg in segment 2. In wijken met veel aanbieders kan dit betekenen dat niet elke aanbieder in die wijk een contract krijgt voor segment 1.

Segment 1 bestaat uit één prestatie: 'Verpleging & verzorging wijkgericht werken'. We definiëren deze prestatie als '*alle zorg die verpleegkundigen plegen te bieden die niet direct aan een individueel zorgtraject van een patiënt toewijsbaar is'*. Dit zijn taken die niet toewijsbaar zijn aan een zorgtraject van een individuele patiënt (indicatie moet nog gesteld worden, grens segment 2), maar wel een duidelijk verband hebben met (het voorkomen van) een potentiële zorgvraag binnen de Zvw (grens WMO). De wijkverpleegkundige voert collectieve (wijk)taken uit, zoals het signaleren en aangaan en onderhouden van contacten uit het (sociale) wijknetwerk. De wijkverpleegkundige is rechtstreeks toegankelijk en met behulp van triagerende gesprekken komt zij tot 'case finding'. Het resultaat van segment 1 kan bestaan uit een zelfzorgadvies of mantelzorgadvies, doorverwijzing naar zorgaanbieders in de WMO of Zvw in goede afstemming met het (sociale) wijknetwerk.

Wij adviseren om segment 1 te bekostigen via populatiebekostiging. Binnen de Zvw kopen zorgverzekeraars individueel in, dit gaat lastig samen met populatiebekostiging. Het is echter van belang dat verzekeraars (gezamenlijk) verantwoordelijkheid nemen om de zorg in segment 1 te bieden.

Aanbieders ontvangen een lumpsum die is opgebouwd uit het aantal verzekerden in de populatie en het bedrag per individuele verzekerde. De verzekeraar kan zelf het bedrag per verzekerde bepalen, waarbij dit kan variëren op basis van wijkkenmerken.

De hernieuwde invulling van de verpleging en verzorging en het feit dat pas in 2015 breed ervaring wordt opgedaan met de populatiegerichte aanpak, vragen om een goede monitoring en een gedegen evaluatie. Wij stellen daarom nadrukkelijk dat wijkgerichte zorg en de hier voorgestelde keuze van het bekostigingsmodel zich nog moeten bewijzen in de praktijk. Als het model niet voldoende meerwaarde geeft dan moet de mogelijkheid bestaan om van het model af te stappen. Als de voorgestelde bekostiging in de praktijk leidt tot versnippering, dan is het eventueel samenvoegen van segment 1 en 2 nodig. Als de oorzaak ligt in de inkoop van de zorgverzekeraars of de werkwijze van de zorgaanbieders dan is aanpassing van de wijze van bekostiging niet de oplossing.

Segment 2
Veldpartijen hebben aangegeven een voorkeur te hebben voor een beperkt aantal patiëntvolgende zorgprestaties ingedeeld op basis van zorgzwaarte. Deze zorgprestaties omvatten alle zorg die verpleegkundigen plegen te bieden die direct aan een individueel zorgtraject van een patiënt toewijsbaar is. Wij adviseren om drie integrale prestaties te introduceren:

- Verpleging & verzorging **lage** zorgzwaarte
- Verpleging & verzorging **gemiddelde** zorgzwaarte
- Verpleging & verzorging **hoge** zorgzwaarte

Een voorwaarde voor het hanteren van drie prestaties, is een tijdelijk vangnet voor omzetverschuivingen. Indien dit vangnet niet mogelijk is, kan dat een reden zijn om vijf integrale prestaties (zeer lage, lage, gemiddelde, hoge en zeer hoge zorgzwaarte) te hanteren.

De prestaties hebben een declaratieperiode van vier weken en een bijbehorend tarief. Aan het eind van elke periode wordt voor elke patiënt de prestatie afgeleid op basis van de zorgzwaarte in die periode. De zorgzwaarte wordt bepaald aan de hand van de uren en de deskundigheid in de voorgaande periode. Zonder correcte registratie kan er echter geen declaratie plaatsvinden. Registratie vindt plaats aan de hand van de geleverde/geplande uren en de benodigde deskundigheid zoals blijkt uit de indicatie. In de declaratiestroom komt, naast de geleverde zorgprestaties, ook aanvullende informatie uit de indicatie.

Wij adviseren om een uitzondering te maken voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte, hoger dan de bovenste grens van de prestatie 'Verpleging & verzorging hoge zorgzwaarte' (dit is meer verpleging en verzorging dan in ZZP 8). Voor deze patiënten komt een aparte

bekostiging voor de daadwerkelijk geleverde zorg, via declaratie per uur. Verder is op dit moment nog een onderzoek gaande naar bekostiging van beschikbaarheidsvoorzieningen[1].

Daarnaast stellen we voor dat er twee aparte prestaties met een dagtarief komen voor kortdurend verblijf en vervoer voor intensieve kindzorg patiënten:

- Verblijf overdag bij kindzorg
- Verblijf ’s avonds en ‘s nachts bij kindzorg

Segment 3
Veldpartijen geven unaniem aan toe te willen groeien naar een systeem van uitkomstbekostiging. Wij adviseren segment 3 te laten bestaan uit twee prestaties:

- Uitkomstbeloning verpleging & verzorging
- Zorgvernieuwing verpleging & verzorging

Zorgverzekeraars, aanbieders (brancheorganisaties en zorgverleners) en patiëntenorganisaties moeten samen een standaardset uitkomstindicatoren ontwikkelen voor de prestatie uitkomstbeloning. Dit is een meerjarentraject waarin het Zorginstituut Nederland kan begeleiden.

[1] Onder beschikbaarheidsvoorzieningen valt de infrastructuur en personele inzet die nodig is om ongeplande zorg te kunnen leveren.

2. Nieuwe bekostiging verpleging en verzorging

Eigen regie, ‘ontzorgen’ én zo lang mogelijk thuis, zijn de uitgangspunten van onze nieuwe participatiemaatschappij. De wijkverpleegkundige[2] krijgt een centrale rol in de buurt, met veel vrijheid om de zorg zelf in te richten. De wijkverpleegkundige staat aan de zijde van de patiënt bij het beoordelen welke verpleegkundige zorg nodig is om langer thuis te kunnen wonen. Om thuis te kunnen blijven wonen in geval van ziekte, stoornis, beperking en/of handicap is meer nodig dan alleen aandacht voor (de preventie van) geneeskundige zorg. De wijkverpleegkundige heeft een sleutelrol in de wijk en de schakel tussen het medische en sociale domein. Ze coördineert alle zorg rondom de patiënt en stemt af met andere hulpverleners, zoals de huisarts, medisch specialist en de maatschappelijk werker.

De afgelopen jaren was de bekostiging van de extramurale verpleging en verzorging gebaseerd op ‘uurtje-factuurtje’. Deze bekostiging past niet bij de inhoud en maatschappelijke rol van het wijkverpleegkundige vak. Het nieuwe bekostigingsmodel, onder de Zvw in plaats van de AWBZ, dient de transitie van productie- naar een meer inhoud gedreven invulling van de verpleging en verzorging te ondersteunen.

De nieuwe Zvw-aanspraak verpleging en verzorging is geformuleerd als ‘*zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop*’. Het gaat nadrukkelijk niet alleen om verpleegkundige of verzorgende handelingen, maar ook om taken die samenhangen met de zorgverlening zoals het coördineren ervan, coaching (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, zorg gerelateerde preventie.

Voor de bekostiging is de NZa gevraagd een 3-segmentenmodel verder te ontwikkelen, mede op basis van consultatie van veldpartijen. Segment 1 is populatiebekostiging voor zorg die niet direct toewijsbaar is aan het zorgtraject van een patiënt. Segment 2 is prestatiebekostiging voor de zorg die direct toewijsbaar is aan het zorgtraject van een patiënt. In segment 3 is ruimte voor beloning van uitkomsten. Door het accent op populatie, prestatie en uitkomsten te leggen, ondersteunt dit model de transitie naar de nieuwe rol van de wijkverpleging. Populatiebekostiging voor zorg die niet direct aan patiënten toewijsbaar is, past bij de preventieve en populatiegebonden rol van de wijkverpleegkundige. De bekostiging van patiëntgebonden zorg op basis van integrale prestaties neemt een groot deel van de huidige volumeprikkels weg en motiveert om te innoveren in de zorginzet. Tot slot geeft uitkomstbekostiging prikkels voor verbetering van kwaliteit en efficiency.

[2] Wanneer in dit document gesproken wordt over de wijkverpleegkundige, wordt hiermee een verpleegkundige bedoeld die beschikt over een hbo-opleiding (uitstroom Maatschappelijke Gezondheidszorg) en verder over alle competenties van de verpleegkundige, zoals die worden geformuleerd in het Beroepsprofiel verpleegkundige. Dit is de definitie zoals V&VN die hanteert.

3. Opdracht en aanpak

3.1 Opdracht

De NZa heeft Gupta Strategists gevraagd om advies uit te brengen over de concrete invulling van het 3-segmenten-bekostigingsmodel. De NZa heeft het hoofddoel van dit onderzoek als volgt geformuleerd:
"Uitbrengen van advies over de concrete invulling van het 3-segmenten-bekostigingsmodel voor de nieuwe aanspraak verpleging en verzorging met bijpassend triagemodel."

Het onderzoek heeft de volgende subdoelen:

a. Vormgeven van het bekostigingsmodel en bijbehorend triagemodel.
b. Verkrijgen van draagvlak. Nauwe samenwerking en afstemming met veldpartijen, die vertegenwoordigd zijn in een expertgroep en klankbordgroep, om zo maximaal draagvlak voor de concrete invulling te verkrijgen.
c. Zicht krijgen op impact:
   - Inzicht in risico's. Opstellen van een gedegen impactanalyse van het uitgewerkte bekostigingsmodel.
   - Inzicht in inhoud en omvang. Aangeven van de relatieve omvang en inhoud van de drie segmenten binnen het budgettaire kader verpleging en verzorging aan de hand van de relevante markt en de relevante kostendrijvers/kostendragers per segment. Vervolgens ingaan op een optimale verhouding tussen de segmenten.

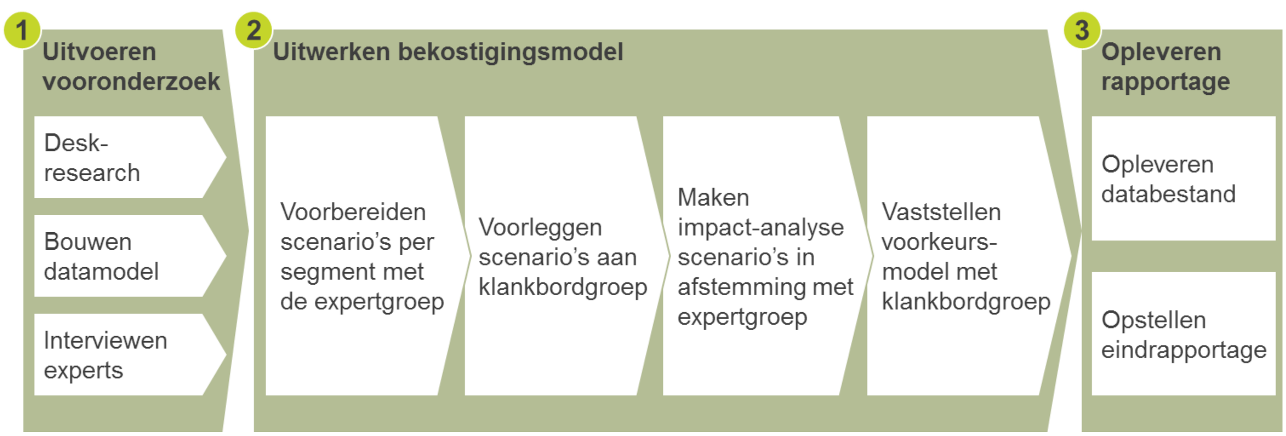
De NZa heeft in haar plan van eisen bij de opdracht een aantal uitgangspunten per segment geformuleerd die zijn meegenomen in de verdere uitwerking:

Segment	*Uitgangspunten*
Segment 1: Niet-patiënt toewijsbare zorg	– samenwerking met gemeenten. Afstemming tussen zorg en maatschappelijke ondersteuning in de wijk; – verbinding met segment 2 zodat zorg integraal geleverd wordt; – onafhankelijke doorverwijzing door de verpleegkundige naar de organisatie die de zorg gaat leveren.
Segment 2: patiënt toewijsbare zorg	– beperkt aantal zorgcategorieën; – homogene zorgcategorieën met een gemiddeld tarief op basis van intensiteit en kosten/zorgzwaarte; – de tariefsoort voor de prestaties in segment 2 is een maximumtarief per prestatie; – casemanagement, intensieve kindzorg, ketenzorg dementie, palliatief terminale zorg, verpleging in de thuissituatie noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg dienen in deze laag een plek te krijgen; – momenteel wordt er (in de praktijk), door diverse brancheorganisaties,

	gewerkt aan het opstellen van indicatie-instrumenten. Het triagemodel dient aan te sluiten bij al ontwikkelde of in ontwikkeling zijnde indicatie-instrumenten in de praktijk; – verwerk de bekostiging van basisvoorzieningen zoals onplanbare zorg en nachtzorg; – ruimte voor e-health zoals zorg op afstand en beeldschermcommunicatie; – segment 2 stuurt aan op levering van noodzakelijk passende zorg en het voorkomen van een opwaartse productieprikkel. Een voorbeeld hiervan is dat de zorgcategorieën zo goed mogelijk bestand dienen te zijn tegen upcoding.
Segment 3: Beloning op uitkomsten	– In segment 3 is de afstemming met de klankbordgroep en de expertgroep van groot belang, omdat het in de praktijk binnen segment 3 gaat om onderlinge afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het is daarom belangrijk dat de kaders die de NZa hiervoor opstelt de ruimte aan het veld bieden om te faciliteren dat deze afspraken gemaakt kunnen worden en hiervoor geen belemmeringen voor opwerpen.

3.2 Aanpak

De aanpak bestaat uit drie fases, zoals beschreven in figuur 1.



Figuur 1 – Projectaanpak en fasering

Fase 1 is het vooronderzoek, waarin deskresearch is uitgevoerd, het datamodel is samengesteld en experts één-op-één zijn geïnterviewd om hun ideeën over de invulling van de prestaties in een vroeg stadium op te halen.

In de eerste stap van **fase 2** is met de expertgroep een aantal scenario's (zie bijlage 1) opgesteld voor de indeling van prestaties. Dit is een belangrijke stap, omdat hierbij een aantal principes is vastgelegd die sturend zijn voor de verdere detaillering. De samenstelling

van de expertgroep is zodanig dat de experts ActiZ, BTN, V&VN en ZN vertegenwoordigen. NPCF was op eigen verzoek alleen vertegenwoordigd in de klankbordgroep.

In de tweede stap zijn de scenario's voorgelegd aan de klankbordgroep, waarbij uitgebreid is stilgestaan bij de afwegingen die de expertgroep naar voren had gebracht. De klankbordgroep bestaat uit vertegenwoordigers van ActiZ, Alzheimer Nederland, BTN, NPCF, V&VN, VGVK, VNG en ZN.

Op basis van de feedback van de klankbordgroep hebben we in de derde stap de scenario's verder uitgewerkt en, in nauwe samenwerking met de expertgroep, een impactanalyse opgesteld.

In de vierde stap zijn de uitgewerkte scenario's met impactanalyse besproken met de klankbordgroep om de voorkeuren van alle deelnemers te verzamelen en te kijken waar consensus bestaat en waar niet.

In **fase 3** hebben we een concept eindrapportage opgesteld, die ter lezing is voorgelegd aan de klankbordgroep. In de eindrapportage is alle ontvangen feedback zo goed mogelijk verwerkt. Naast het eindrapport hebben we een databestand samengesteld.

4. Uitwerking segment 1

In dit hoofdstuk geven we de uitwerking van segment 1 en de motivatie daarvoor. Daarna lichten we de beoordeling van de uitwerking toe en tot slot geven we aan wat het draagvlak voor de voorgestelde uitwerking is.

4.1 Voorgestelde uitwerking

Onder de aanspraak verpleging en verzorging vallen naast de toewijsbare zorgtaken ook coördinerende en signalerende activiteiten die niet aan het zorgtraject van één specifieke patiënt te koppelen zijn. Alle veldpartijen zijn het erover eens dat de maatschappij gebaat is bij een goede invulling van deze niet-patiënt toewijsbare taken, omdat deze een impuls geven aan de verbinding tussen het medische en sociale domein. Daarnaast kan een gedegen uitvoering van deze taken de toestroom naar segment 2 (patiënt gebonden zorgtrajecten) beperken.

Segment 1 bestaat uit één prestatie: ‘Verpleging & verzorging wijkgericht werken’. We definiëren deze prestatie als ‘*alle zorg die verpleegkundigen plegen te bieden die niet direct aan een individueel zorgtraject van een patiënt toewijsbaar is*’. Dit zijn taken die niet toewijsbaar zijn aan een zorgtraject van een individuele patiënt (indicatie moet nog gesteld worden, grens segment 2), maar wel een duidelijk verband hebben met (het voorkomen van) een potentiële zorgvraag binnen de Zvw (grens WMO). De wijkverpleegkundige voert collectieve (wijk)taken uit zoals het signaleren en aangaan en onderhouden van contacten uit het (sociale) wijknetwerk. De wijkverpleegkundige is rechtstreeks toegankelijk en met behulp van triagerende gesprekken komt zij tot ‘case finding’. Het resultaat van segment 1 kan bestaan uit een zelfzorgadvies of mantelzorgadvies, doorverwijzing naar zorgaanbieders in de WMO of Zvw in goede afstemming met het (sociale) wijknetwerk. Zie figuur 2 voor een aantal voorbeelden van segment 1-activiteiten.

- Netwerk en samenwerking opbouwen in de wijk
- Vroegtijdig signaleren van sociale en gezondheidsrisico’s
- Contact leggen/vraagverheldering/signaleren/advies
- Bemiddelen bij (in)formele zorg

Figuur 2 – Voorbeelden van segment 1-activiteiten

Wij adviseren om segment 1 te bekostigen via populatiebekostiging. Binnen de Zvw kopen zorgverzekeraars individueel in. Dit gaat echter lastig samen met populatiebekostiging. Het is van belang dat verzekeraars (gezamenlijk) verantwoordelijkheid nemen om de zorg in segment 1 te bieden.

Populatiebekostiging is vorm te geven met een gedifferentieerd bedrag per individuele verzekerde. Dit is de één-op-één betaaltitel tussen verzekeraar en aanbieder, waarbij een verzekeraar zelf de definitie van een populatie kan bepalen, zodat bijvoorbeeld een koppeling met WMO-regio's mogelijk is. De exacte afbakening van de regio zal afhangen van de werkgebieden van de zorgaanbieder en de specifieke problematiek van de inwoners.

Op het moment is de ervaring met wijkgerichte activiteiten nog beperkt. Wel is duidelijk dat het om maatwerk gaat; niet elke wijk heeft dezelfde zorginfrastructuur nodig. Meer en andere activiteiten zijn nodig in een wijk met veel ouderen en een lage sociaal economische klasse dan in een wijk met overwegend jongeren in een hoge sociaal economische klasse. De verzekeraar kan zelf het bedrag per verzekerde bepalen en kan dit bedrag variëren op basis van wijkkenmerken. Het bedrag per verzekerde is te differentiëren op een aantal parameters. Zo zien we dat het gebruik van verpleging en verzorging sterk varieert met leeftijd, geslacht en sociaal economische status (zie bijlage 8). Verzekeraars kunnen zelf de parameters en waarde per parameter bepalen om zo een bedrag per verzekerde toe te kennen. Aanbieders ontvangen een lumpsum die is opgebouwd uit het aantal verzekerden in de populatie en het bedrag per individuele verzekerde. De declaratie vindt maandelijks plaats.

Ons advies betreft het bekostigingsmodel, niet de inkoop. In het veld is er nu discussie over de inkoop van wijkgericht werken in 2015. De beelden over hoe optimale inkoop binnen het voorgestelde bekostigingsmodel eruit ziet, liepen binnen de klankbordgroep dan ook uiteen. Ons voorstel is dat zorgverzekeraars passende zorg inkopen. Elke aanbieder gecontracteerd voor segment 1 moet altijd ook segment 2 bieden. Dit voorkomt dat de wijkgerichte activiteiten los komen te staan van de patiëntgebonden zorg in segment 2. In wijken met veel aanbieders kan dit betekenen dat niet elke aanbieder in die wijk een contract krijgt voor segment 1.

Ons advies is dat een aanbieder de prestatie wijkgericht werken kan declareren indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. Dit geldt zowel voor zorgverzekeraars die natura- en restitutiepolissen aanbieden en zorgverzekeraars die uitsluitend restitutiepolissen aanbieden.

De hernieuwde invulling van de verpleging en verzorging en het feit dat pas in 2015 breed ervaring wordt opgedaan met de wijkgerichte aanpak, vragen om een goede monitoring en een gedegen evaluatie. Wij stellen daarom nadrukkelijk dat wijkgerichte zorg en de hier voorgestelde keuze van het bekostigingsmodel via populatiebekostiging zich nog moeten bewijzen in de praktijk. Als het model niet voldoende meerwaarde biedt, moet de mogelijkheid bestaan om er van af te stappen. Als de voorgestelde bekostiging in de praktijk leidt tot versnippering, dan is het eventueel samenvoegen van segment 1 en 2 nodig. Als de

oorzaak ligt in de inkoop van de zorgverzekeraars of de werkwijze van de zorgaanbieders dan is aanpassing van de wijze van bekostiging niet de oplossing.

4.2 Motivatie bij uitwerking

4.2.1 Motivatie beschrijving prestatie

De keuze om segment 1 in algemene termen te definiëren, biedt verpleegkundigen de ruimte om zelf te bepalen waar de bewoners van hun wijk het meest behoefte aan hebben.

Een gedetailleerde en uitputtende definitie van de activiteiten in segment 1 lijkt niet verstandig. Bij populatiebekostiging ligt een zo open mogelijke omschrijving van de prestatie voor de hand, zodat zorgverzekeraars met aanbieders op lokaal niveau passende afspraken kunnen maken. Het gedetailleerd beschrijven van activiteiten kan enerzijds leiden tot een registratieverplichting van deze activiteiten en daarmee tot hogere administratieve lasten. Anderzijds bestaat het risico dat taken die niet op 'het lijstje' staan niet worden uitgevoerd, ook als ze wel een meerwaarde hebben voor wijkbewoners. Tot slot kan een gedetailleerde beschrijving van taken waarschijnlijk nooit volledig zijn, gezien de algemene aard van het wijkverpleegkundige vak.

De nog niet geheel duidelijke afbakening tussen WMO en Zvw vormt een risico dat een wijkverpleegkundige WMO zorg vanuit de Zvw levert. De klankbordgroep geeft als suggestie dat Zorginstituut Nederland zich nader buigt over de afbakening tussen WMO en Zvw.

4.2.2 Motivatie inrichting van populatiebekostiging

De essentie van populatiebekostiging is dat een aanbieder een budget krijgt voor de verzekerden/inwoners in zijn populatie of deze mensen nu werkelijk zorg gebruiken of niet. Dat past bij de gedachte van segment 1. De wijkverpleegkundigen dragen integrale verantwoordelijkheid en hebben zelf zeggenschap over wat ze doen en wie ze daarbij nodig hebben; de wijkverpleegkundige besluit in samenspraak met het sociale wijkteam wie of welke groepen extra aandacht nodig hebben.

Populatiebekostiging heeft echter ook nadelen. Niet alle mensen in een wijk zijn bij dezelfde zorgverzekeraar verzekerd. Om versnippering te voorkomen is het daarom belangrijk dat verzekeraars (gezamenlijk) verantwoordelijkheid nemen voor segment 1. Representatie waarbij een van de zorgverzekeraars verantwoordelijk is voor de inkoop van de zorg in een regio lijkt de beste manier om dit te borgen. Representatie past echter moeilijk binnen de Zvw, omdat concurrentie tussen verzekeraars dan niet mogelijk is. Ons voorstel is daarom dat zorgverzekeraars gezamenlijk kunnen besluiten tot collectieve inkoop en hiervoor zelf de noodzakelijke maatregelen treffen. Dit kan representatie zijn of een volgmodel. Bij een volgmodel hebben verzekeraars de optie om de dominante zorgverzekeraar in een werkgebied te volgen, maar indien gewenst kan hiervan worden afgeweken. Er bestaat dan

wel een risico dat zorgverzekeraars deze zorg niet of niet adequaat inkopen. Wij beoordelen dit risico minder zwaar dan het niet hebben van concurrentie tussen zorgverzekeraars, aangezien de zorgverzekeraar altijd nog gebonden is aan de zorgplicht.

Voor segment 1 stellen wij een bedrag per verzekerde als populatiebekostigingsmethode voor. Dit biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om te bepalen hoe dit budget wordt ingezet. Andere opties zoals het verplicht aansluiten op de huisartsenpopulatie, het verplicht inschrijven bij een aanbieder van verpleging en verzorging of het bepalen van een budget per wijk, zijn om uiteenlopende redenen minder werkbaar.

- Bekostigen via de huisartsenpopulatie betekent echter dat er geen eigen betaaltitel voor verpleging en verzorging is. Als uitgangspunt is namelijk gegeven dat er een eigen, specifieke betaaltitel voor verpleging en verzorging is die daarmee in principe naast/los van de huisarts of medisch specialist staat in termen van de bekostiging.
- Inschrijven bij een aanbieder vereist dat alle verzekerden zich inschrijven. Zeker gezien het feit dat slechts een klein deel van de bevolking verpleging en verzorging gebruikt, is dit praktisch onwerkbaar.
- Bij een budget per wijk is de schadelast voor een individuele verzekeraar niet te bepalen doordat de vergoeding niet is terug te rekenen naar een individuele verzekerde.

4.2.3 Motivatie samenhang tussen segmenten

Er is nu discussie over wijkgericht werken. Vanuit de expert- en klankbordgroep zijn er vraagtekens gezet bij het verder doordenken in segmenten, omdat segment 1 en 2 inhoudelijk onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Patiëntgebonden (segment 2) en wijkgerichte taken (segment 1) zijn namelijk beide onderdeel van een goede verpleegkundige beroepsuitoefening. Door de bekostiging van deze segmenten apart te benoemen, bestaat het risico wijkverpleegkundigen hun vak niet in de volle breedte kunnen uitvoeren. Om dit te voorkomen, is de gedachte dat iedereen die segment 2 levert ook segment 1 levert.

Aan de andere kant zijn de taken in segment 1 van belang om de samenhang met het sociale domein te realiseren. Hierbij heeft de gemeente behoefte aan een beperkt aantal aanspreekpunten per wijk voor alle wijkverpleegkundigen die daar actief zijn. Aangezien er vaak een groot aantal aanbieders actief is in een wijk, is het echt een keuze: óf iedereen verplicht contracteren voor segment 1 en dus veel aanspreekpunten hebben óf slechts een paar aanbieders contracteren en daardoor weinig aanspreekpunten hebben. Wij adviseren de tweede optie.

4.3 Toetsing uitwerking aan beoordelingscriteria

In samenspraak met de NZa en de expert- en klankbordgroep is een toetsingskader opgesteld met criteria voor toetsing van de voorgestelde uitwerking van het 3-segmentenmodel (zie bijlage 2). In onderstaande tabel beoordelen we de uitwerking van segment 1 aan de hand van dit toetsingskader.

Criteria toetsingskader	Beoordeling
Hanteerbaarheid	De optie om S1 selectief in te kopen maakt het mogelijk dat de inzet van S1-taken goed af te stemmen is op de behoefte per wijk en de afstemming met de huisarts en het sociale wijkteam vergemakkelijkt.
Herkenbaarheid	Door de niet-patiëntgebonden taken apart te positioneren in S1 zijn deze herkenbaar onderdeel van het bekostigingssysteem. De voorwaarde dat aanbieders die S1 leveren ook S2 moeten leveren, benadrukt de integraliteit van de (wijk)verpleegkundige zorg.
Volledigheid	Niet van toepassing voor dit segment.
Homogeniteit	Niet van toepassing voor dit segment.
Stabiliteit	Niet van toepassing voor dit segment.
Administratieve lasten	Bekostiging van S1 via populatiebekostiging vereist aparte contracten voor dit segment en brengt dus aanvullende administratie met zich mee. De mogelijkheid om S1 niet bij alle zorgaanbieders in te kopen beperkt de aanvullende administratielast, aangezien niet met elke aanbieder een contract hoeft te worden opgesteld en nageleefd.
Handhaafbaarheid	Niet-patiëntgebonden activiteiten zijn per definitie moeilijk te handhaven, omdat deze activiteiten niet op een patiënt worden geregistreerd. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen uiteraard wel onderling afspraken maken over de voorwaarden waaraan de levering van S1 moet voldoen en hoe deze te verantwoorden is.
Samenwerking met andere domeinen	Selectieve contractering van S1 biedt de mogelijkheid om het aantal aanbieders met S1-taken per wijk te beperken en draagt zo bij aan herkenbare aanspreekpunten in de wijk, ook vanuit het perspectief van de gemeenten als inkopers van WMO-zorg. Dit vergemakkelijkt de afstemming met de huisarts en het sociale wijkteam.
Systeemrisico's voor patiënt	
• Toegankelijkheid	Expliciete bekostiging van niet-patiëntgebonden taken versterkt de poortwachtersfunctie van de wijkverpleegkundige en vergroot daarmee de toegankelijkheid. Daarnaast kan selectieve contractering via beperking van het aantal S1-aanbieders zorgen voor herkenbare aanspreekpunten in de wijk.
• Keuzevrijheid	De mogelijkheid om S1 selectief te contracteren beperkt het aantal S1-aanbieders, wat weer de keuzevrijheid beperkt.
• Kwaliteit	De mogelijkheid om S1 selectief te contracteren beperkt het aantal S1-aanbieders, wat de monitoring van de geleverde kwaliteit vereenvoudigt.
Systeemrisico's aanbieders	
• Ruimte voor innovatie	De keuze om S1 in algemene termen te definiëren (alle niet-patiëntgebonden taken die direct verband houden met een (potentiële) zorgvraag) biedt ruimte

	om te experimenteren met de precieze invulling door de wijkverpleegkundige. Dit is waardevol omdat S1 een nieuwe ontwikkeling is en op deze wijze bijsturing op basis van voortschrijdend inzicht mogelijk is.
• Autonome positie	De algemeen geformuleerde definitie van S1 versterkt de autonomie van de wijkverpleegkundige. Hij/zij krijgt de ruimte om vanuit de eigen professionaliteit in te schatten waar in de wijk behoefte aan is.
• Integraliteit van werkzaamheden	Integraliteit is geborgd voor aanbieders met een contract voor S1 (en dus ook voor S2). Voor aanbieders met alleen een contract voor S2 geldt ook dat ze de zorg integraal kunnen leveren, maar deze integraliteit beperkt zich tot de direct patiënt-toewijsbare activiteiten.
Systeemrisico's verzekeraars	
• Juistheid van productieprikkels	De keuze voor populatiebekostiging voor S1 voorkomt dat er een productieprikkel bestaat voor wijkgericht werken. Een aanbieder ontvangt namelijk een vast bedrag onafhankelijk van de geleverde zorg. Door het ontbreken van een productieprikkel ontstaat het risico dat aanbieders onvoldoende investeren in wijkgericht werken. Dit wordt versterkt doordat er geen prikkel in het systeem zit waardoor aanbieders die ontzorgen via S1 op een of andere manier direct profiteren van minder zorgvraag in S2. Die prikkel werkt alleen als een veel grotere / volledige bekostiging gebaseerd is op het populatie-principe. Duidelijke afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de verantwoording van S1 is essentieel. Daarnaast moeten er duidelijke afspraken zijn tussen zorgverzekeraars en gemeentes.
• Mogelijkheid van substitutie	Individuele preventie is een vooraanstaande doelstelling van wijkgericht werken. Expliciete positionering van S1 stimuleert zorgaanbieders om hierop in te zetten.
• Beperking risico op upcoding	Niet van toepassing voor dit segment
• Concurrentie tussen verzekeraars	Populatiebekostiging en concurrentie tussen zorgverzekeraars gaan niet goed samen. Indien zorgverzekeraars kiezen voor een volgmodel in plaats van representatie biedt dit ruimte om zich te onderscheiden in de inkoop.

4.4 Draagvlak

De klankbordgroepleden zijn het erover eens dat een goede invulling van de niet-patiënt toewijsbare taken waardevol is, omdat deze een impuls geven aan de verbinding tussen het medische en sociale domein. Alle partijen geven ook aan dat een integrale uitvoering van de wijkverpleegkundige functie noodzakelijk is.

Verdere verkenning van het bekostigingsmodel maakt echter duidelijk dat de standpunten en nadere invullingen van de partijen op wezenlijke aspecten verschillen. De voorkeuren waren verdeeld over de vier voorgestelde scenario's (zie bijlage 1). Er zijn vraagtekens gezet bij de huidige indeling in 3 segmenten. Een aantal partijen geeft aan een duidelijke voorkeur te hebben voor integratie van segment 1 en 2 waarbij segment 1 versleuteld zit in de

segment 2-prestaties. Dit scenario heft in feite segment 1 als apart segment op, maar voorkomt daarmee een knip tussen segment 1 en segment 2-activiteiten. Er is ook geopperd om segment 1 niet binnen de bekostigingsstructuur van de verpleging en verzorging te incorporeren, maar er los van te bekostigen of om een deel van segment 1 via de gemeenten te bekostigen en het overige integraal via segment 2.

De discussie en de verschillende standpunten van de klankbordgroep in acht nemend, hebben wij een advies voor de invulling van segment 1 geformuleerd. Namelijk dat zorgverzekeraars passende zorg inkopen. Elke aanbieder gecontracteerd voor segment 1 moet altijd ook segment 2 bieden. Dit voorkomt dat de wijkgerichte activiteiten los komen te staan van de patiëntgebonden zorg in segment 2. In wijken met veel aanbieders kan dit betekenen dat niet elke aanbieder in die wijk een contract krijgt voor segment 1.

Dit advies is vooral ingegeven door het belang van samenhang met het sociale domein. Daarbij zien we dat het niet werkbaar lijkt om alle aanbieders te contracteren. Gemeentes hebben behoefte aan een beperkt aantal aanspreekpunten per wijk. Daarnaast zorgt contracteren van segment 1 bij meerdere aanbieders, die in een wijk actief zijn, voor versnippering van de wijkgerichte taken.

5. Uitwerking segment 2

In dit hoofdstuk zetten we ons voorstel voor de uitwerking van segment 2 nader uiteen en motiveren we hoe we hiertoe gekomen zijn.

5.1 Voorgestelde uitwerking op hoofdlijnen

Veldpartijen hebben aangegeven een voorkeur te hebben voor een beperkt aantal patiëntvolgende zorgprestaties ingedeeld op basis van zorgzwaarte. Deze zorgprestaties omvatten alle zorg die verpleegkundigen plegen te bieden die direct aan een individueel zorgtraject van een patiënt toewijsbaar is. Wij adviseren om drie integrale prestaties te introduceren:

- Verpleging & verzorging **lage** zorgzwaarte
- Verpleging & verzorging **gemiddelde** zorgzwaarte
- Verpleging & verzorging **hoge** zorgzwaarte

Een voorwaarde voor het hanteren van drie prestaties, is een tijdelijk vangnet voor omzetverschuivingen. Indien dit vangnet niet mogelijk is, kan dat een reden zijn om vijf integrale prestaties (zeer lage, lage, gemiddelde, hoge en zeer hoge zorgzwaarte) te hanteren.

De prestaties hebben een declaratieperiode van vier weken en een bijbehorend tarief. Aan het eind van elke periode wordt voor elke patiënt de prestatie afgeleid op basis van de zorgzwaarte in de afgelopen periode. De zorgzwaarte wordt bepaald aan de hand van de uren en de deskundigheid in de afgelopen periode. Zonder correcte registratie kan er echter geen declaratie plaatsvinden. Registratie vindt plaats aan de hand van de geleverde/geplande uren en de benodigde deskundigheid zoals blijkt uit de indicatie. In de declaratiestroom komt, naast de geleverde zorgprestaties, ook aanvullende informatie uit de indicatie.

Wij adviseren om een uitzondering te maken voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte hoger dan de bovenste grens van de prestatie 'Verpleging & verzorging hoge zorgzwaarte' (dit is meer zorg dan in ZZP 8). Voor deze patiënten komt een aparte bekostiging voor de daadwerkelijk geleverde zorg, via declaratie per uur. Verder is op dit moment nog een onderzoek gaande naar bekostiging van beschikbaarheidsvoorzieningen[3].

Daarnaast stellen we voor dat er twee aparte prestaties met een dagtarief komen voor kortdurend verblijf en vervoer voor intensieve kindzorg patiënten:

- Verblijf overdag bij kindzorg

[3] Onder beschikbaarheidsvoorzieningen valt alle infrastructuur en personele inzet die nodig is om ongeplande zorg te kunnen leveren.

- Verblijf ’s avonds en ‘s nachts bij kindzorg

Deze prestaties zijn aanvullend op de daadwerkelijke zorglevering, die onder de integrale prestaties of de bekostiging voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte valt.

5.2 Voorgestelde uitwerking in detail

In deze paragraaf lichten we de invulling van segment 2 meer in detail toe: de inhoud van de zorg, afleiding, omschrijving en duur van de integrale prestaties komen aan bod. Daarnaast staan we stil bij de uitzonderingen die niet in integrale prestaties zijn te vatten en bespreken we de aanvullende informatiestroom.

5.2.1 Zorg bekostigd uit integrale prestaties

De integrale prestaties dekken alle aan een zorgtraject van een patiënt toewijsbare zorgverlening zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Hieronder valt de indicatiestelling en alle geïndiceerde zorg (zie figuur 3 voor voorbeelden). Het leveren van de zorg binnen de prestaties is voorbehouden aan verpleegkundigen en verzorgenden.

Voor specifieke zorg (zoals casemanagement dementie, palliatief terminale zorg, intensieve kindzorg, complexe wondzorg en MSVT) maakt de zorglevering onderdeel uit van het verpleegkundig handelen. Deze zorg valt dan ook onder de integrale prestaties.

Activiteiten die niet voortvloeien uit het zorgplan van een individuele patiënt, maar gericht zijn op de gehele populatie in de wijk en vallen binnen de Zvw en niet binnen bijvoorbeeld de WMO of Wet Publieke Gezondheid, vallen buiten de integrale prestaties en vallen onder segment 1.

De inzet van E-health-toepassingen met bewezen waarde voor de patiënt die onderdeel zijn van de reguliere behandeling, past binnen de integrale zorgprestaties. Denk bijvoorbeeld aan zorg op afstand en beeldschermcommunicatie. De ontwikkeling van nieuwe E-health-toepassingen valt niet onder de integrale prestaties, maar kan om innovatie te stimuleren worden ondergebracht in een aparte prestatie voor zorgvernieuwing in segment 3.

Verzorgen	Hulp bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL-taken), namelijk bij het zich wassen, zich kleden, beweging en houding (waaronder in/uit bed gaan), eten en drinken, toiletgang, persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid. De zorg kan worden overgenomen of de patiënt kan worden ondersteund bij de ADL.
Verplegen	Verpleegkundige handelingen, zoals toediening van sondevoeding, aanrijking en/of toediening medicatie, wond en/of stomaverzorging, katheterisatie, inbrengen sonde. En/of gespecialiseerde verpleegkundige handelingen, zoals het inbrengen van een infuus, epidurale/spinale pijnbestrijding en intraveneuze medicatietoediening.

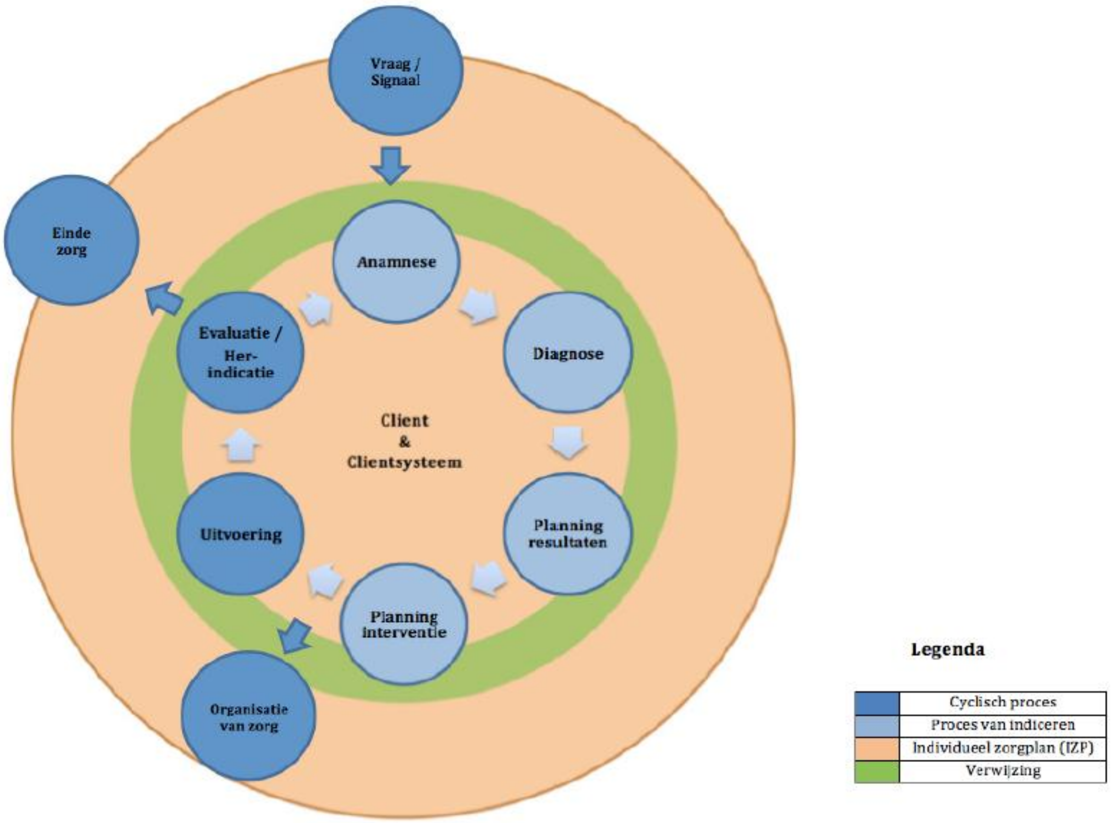
Case-managen	Alle coördinerende activiteiten die een verzorgende of verpleegkundige voor een bepaalde patiënt en het patiëntsysteem verricht om de continuïteit van zorg te waarborgen.
Monitoren	Deelname aan cliëntbesprekingen, monitoring van de (gezondheids)situatie van de cliënt en op basis hiervan nieuwe afspraken en gegevens in het zorgplan verwerken. Ook kan het gaan om het consulteren van andere disciplines, zoals de huisarts of het gevraagd en ongevraagd adviezen/informatie geven aan andere disciplines.
Adviseren/ instrueren/ begeleiden	Advisering, instructie en voorlichting over omgaan met ziekte, behandeling, therapie, hulpmiddelen, waaronder advisering van informele zorgverleners.

Figuur 3 – Voorbeelden van segment 2-activiteiten

5.2.2 Toeleiding naar prestaties

Voor het vaststellen van de zorgbehoefte van patiënten gaan wij uit van de fasen van het verpleegkundig proces (zie figuur 4). Dit is een circulair proces, zoals benoemd in het normenkader van V&VN:

- Vraagverheldering: het verzamelen en ordenen van gegevens. Het doel van vraagverheldering is zicht krijgen op:
  - de beperkingen en problemen van de cliënt
  - het sociale steunsysteem van de cliënt
  - de stabiliteit en complexiteit van de situatie
  - de (medicatie)veiligheid
  - de inschatting van de gezondheidsrisico's
  - het vermogen tot eigen regie
- Verpleegkundige diagnose: een uitspraak doen over actuele of potentiële gezondheidsproblemen
- Planning: verpleegkundige interventies en resultaten benoemen, het zorgplan opstellen
- Uitvoeren: het uitvoeren van interventies
- Evaluatie: de zorg evalueren met de patiënt en/of zijn naasten



Figuur 4 – Verpleegkundig proces (Bron: V&VN)

De eerste drie stappen vormen het verpleegkundig indicatiestellingsproces. Uit de indicatiestelling blijkt wat de patiënt aan zorg nodig heeft in omvang, duur, aard en gewenst resultaat. De zorgzwaarte van een patiënt volgt direct uit de indicatiestelling. De verpleegkundige niveau 5[4] legt hiervoor het benodigde aantal directe[5] uren en de benodigde[6] deskundigheidsniveaus van de zorgverlener vast. De deskundigheid is ingedeeld in drie niveaus:

- niveau 3 (verzorgende IG)
- niveau 4 (MBO verpleegkundige)
- niveau 5 of hoger (HBO-verpleegkundige en alle overige HBO+ groepen)

De zorgzwaartescore volgt uit het aantal uren en de rekenfactoren van de benodigde deskundigheidsniveaus. Figuur 5 geeft een rekenvoorbeeld van de berekening van de zorgzwaartescore. Afhankelijk van de grenswaarden waartussen de zorgzwaartescore ligt, volgt een bepaalde prestatie (lage, gemiddelde of hoge zorgzwaarte). De zorgzwaartescore is

---

[4] Bij intensieve kindzorg kan dit een kinderverpleegkundige zijn
[5] Directe uren zijn de aan de zorgtraject van een patiënt toewijsbare uren. Dit houdt niet in dat deze zoals in de huidige situatie ook daadwerkelijk bij de patiënt thuis moeten worden geleverd.
[6] De indicerend verpleegkundige bepaalt de benodigde deskundigheid. Dit is de professionele inschatting van de waarbij er geen relatie hoeft te zijn met het daadwerkelijk in te plannen deskundigheidsniveau.

afhankelijk van de definitieve factor per deskundigheidsniveau (zie bijlage 4). Deze is afhankelijk is van de door de NZa te bepalen prestatietarieven, die nog moeten worden vastgesteld.

Benodigde Deskundigheidsniveau	Aantal uren zorg nodig per 4 weken	Rekenfactor deskundigheid (illustratief)	Zorgzwaartescore
Niveau 3	14	1	= 14
Niveau 4	7	1.5	= 10.5
Niveau 5	0	1.7	= 0
Totale zorgzwaartescore patiënt			**= 24.5**

Figuur 5: Rekenvoorbeeld voor de afleiding van de zorgzwaartescore van een patiënt

5.2.3 Integrale prestaties op basis van zorgzwaarte

We onderscheiden de volgende prestaties:

- Prestatie 1 - Verpleging & verzorging lage zorgzwaarte (zorgzwaartescore 1 tot 11,5): Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een lage zorgzwaarte. Zij hebben enige verpleging en verzorging nodig. Deze zorg kan bestaan uit verpleegtechnische handelingen, verzorgende handelingen, case-managen, monitoren en/of adviseren/instrueren/begeleiden. Patiënten in deze prestatie krijgen gemiddeld 5 uur zorg per 4 weken. De gemiddelde verdeling van de deskundigheid is 84% niveau 3, 11% niveau 4 en 5% niveau 5 of hoger.

- Prestatie 2 - Verpleging & verzorging gemiddelde zorgzwaarte (zorgzwaartescore 11,5 tot 31): Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een gemiddelde zorgzwaarte. Zij hebben in gemiddelde mate verpleging en verzorging nodig. Deze zorg kan bestaan uit verpleegtechnische handelingen, verzorgende handelingen, case-managen, monitoren en/of adviseren/instrueren/begeleiden. Patiënten in deze prestatie krijgen gemiddeld 17 uur zorg per 4 weken. De gemiddelde verdeling van de deskundigheid is 83% niveau 3, 12% niveau 4 en 5% niveau 5 of hoger.

- Prestatie 3 - Verpleging & verzorging hoge zorgzwaarte (zorgzwaartescore 31 tot 61,5): Deze prestatie is bestemd voor patiënten met een hoge zorgzwaarte. Zij hebben veel verpleging en verzorging nodig. Deze zorg kan bestaan uit verpleegtechnische handelingen, verzorgende handelingen, case-managen, monitoren en/of adviseren/instrueren/begeleiden. Patiënten in deze prestatie krijgen gemiddeld 38 uur zorg per 4 weken. De gemiddelde verdeling van de deskundigheid is 77% niveau 3, 16% niveau 4 en 7% niveau 5 of hoger.

Voor elke prestatie geldt een integraal tarief voor een periode van vier weken ter vergoeding van de geleverde zorg. De grenzen tussen de verschillende drie prestaties zijn zo gekozen

dat de kostenhomogeniteit van de drie prestaties optimaal is (zie bijlage 4 voor een gedetailleerde beschrijving van het vaststellen van de prestaties).

5.2.4 Duur van de prestaties

De prestaties hebben een declaratieperiode van vier weken. Aan het eind van elke periode wordt voor elke patiënt de prestatie afgeleid op basis van de zorgzwaarte in die periode. De zorgzwaarte wordt bepaald aan de hand van het aantal geleverde/geplande uren en deskundigheid uit de indicatie. Zonder correcte registratie kan er echter geen declaratie plaatsvinden. Wij stellen voor om de afleiding naar prestaties te automatiseren, vergelijkbaar met de afleiding van DOT in de medische specialistische zorg.

5.2.5 Uitzonderingen

We onderscheiden twee uitzonderingen die niet binnen de hierboven beschreven integrale prestaties passen:

1. Zorg voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte:
   Voor zware patiënten die meer dan twee uur zorg per dag nodig hebben, stellen wij een aparte bekostiging voor die uitgaat van de daadwerkelijk geleverde zorg in plaats van prestaties. Als uit de indicatie blijkt dat een patiënt in deze groep valt, komt deze in aanmerking voor aparte bekostiging. Deze bekostiging staat apart van de integrale prestaties en patiënten in deze groep krijgen de geleverde zorg vergoed op uurbasis. De uurtarieven voor deze groep zijn afhankelijk van het benodigde deskundigheidsniveau van de zorgverlener (niveaus 3, 4 en 5 of hoger). Het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor deze regeling is nu nog niet exact vast te stellen. Op basis van het zorggebruik in 2013 zou het ongeveer 23.000 patiënten per jaar betreffen. In 2016 zal dit aantal waarschijnlijk lager zijn. Dat is afhankelijk van welk aandeel van de patiënten gebruik gaat maken van het overgangsrecht WLZ en welk aandeel een intramurale indicatie heeft die niet meer uit de aanspraak verpleging en verzorging extramuraal verzilverd kan worden (overbruggingszorg).
2. Verblijf en vervoer voor intensieve kindzorg patiënten:
   In de aanspraak verpleging en verzorging gaat het om 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' waarbij die zorg 'niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12'. Op dit moment is nog niet duidelijk of verblijf en/of vervoer bij intensieve kindzorg wel of geen onderdeel uit moet maken van de nieuwe bekostiging. Indien wel, dan komen er twee aparte prestaties: (1) verblijf overdag en (2) verblijf ’s avond en ‘s nachts. De prestatie voor verblijf overdag dekt naast verblijf ook het vervoer van en naar het gespecialiseerde verpleegkundig kinderdagverblijf. De prestaties zijn alleen bestemd voor verblijf voor kinderen/jongeren onder de 18 jaar. Verblijf voor volwassen patiënten zal bekostigd worden via de aanspraak eerstelijns verblijf in de Zvw (er is in 2015 sprake van een subsidieregeling binnen de Wlz, uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland).

Deze prestaties zijn aanvullend op de daadwerkelijke zorglevering, die onder de integrale prestaties of de bekostiging voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte valt. De pedagogische ondersteuning wordt bekostigd binnen de prestaties voor zorglevering conform de uitleg van het Zorginstituut Nederland betreffende Besluit Zorgverzekering artikel 2.10 lid 2.

5.2.6 Aanvullende informatiestroom

De keuze voor integrale prestaties heeft tot gevolg dat er geen één-op-één relatie bestaat tussen de prestatie en de daadwerkelijke geleverde zorg. Een aanbieder krijgt voor een patiënt met 3 uur zorg met dezelfde prestatie de zorg bekostigd als voor een patiënt met 5 uur zorg per maand. Om inzicht te krijgen in de geleverde zorg, ontvangen zorgverzekeraars in de declaratiestroom naast de prestaties nog aanvullende gegevens. Het betreft in eerste instantie de volgende elementen:

- Geleverde/geplande uren zorg
- Ingezet deskundigheidsniveau

Deze informatie is voor zorgverzekeraars relevant omdat zij daarmee inzicht kunnen verkrijgen in de zorglevering. Het is wenselijk naast de geleverde/geplande uren en het deskundigheidsniveau ook de volgende elementen in de declaratiestroom op te nemen:

- Verpleegkundige diagnose
- Interventies / activiteiten

Een belangrijke randvoorwaarde voor het meeleveren van diagnose en interventies is dat hiervoor eerst eenheid van taal ontwikkeld wordt die door alle zorgaanbieders te hanteren is. Wij verwachten dat dit nog niet kan in 2016.

5.3 Motivatie bij uitwerking prestatiebekostiging

In deze paragraaf motiveren we de inhoudelijke keuzes voor de geadviseerde invulling van segment 2.

5.3.1 Motivatie voor zorg bekostigd uit integrale prestaties

We hebber ervoor gekozen om alle direct patiënt toewijsbare verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden onder generieke prestaties te scharen en het aantal uitzonderingen zoveel mogelijk te beperken. Dit past bij de gedachte van integrale zorg en reflecteert de voorkeur van de meerderheid van de geraadpleegde partijen in de expert- en klankbordgroep. Hiervoor zijn de volgende argumenten genoemd:

- Beperking van het aantal uitzonderingen doet recht aan het principe van integrale zorglevering. Dit principe versterkt de autonome positie van verpleegkundigen bij de zelfstandige beoordeling welke zorg de patiënt nodig heeft.

- Het benoemen van uitzonderingen in de bekostiging schept een precedent en kan daarmee aanleiding geven om in de toekomst allerlei andere uitzonderingen te introduceren, waardoor de complexiteit van de bekostiging toeneemt.
- Het formuleren van uitzonderingen voor een specifieke patiëntgroep geeft een prikkel om de zorg / infrastructuur enkel voor deze patiëntgroep in te zetten in plaats van voor alle patiëntgroepen die hier baat bij hebben, zoals past bij de integrale aard van het verpleegkundige vak.
- De inzet van E-health (zoals beeldschermcommunicatie) in de behandeling kan kostenbesparing opleveren voor de aanbieder als deze leidt tot minder inzet van personeel. Hier is geen aparte beloning voor nodig omdat de prestaties niet meer uit gaan van ‘uurtje-factuurtje’. Zorgvernieuwing, zoals innovatie van de zorgketen (bijv. het opzetten van netwerken), is niet direct toewijsbaar aan individuele patiënten en valt dus ook niet onder de zorgprestaties. Alle partijen in de expert- en klankbordgroep zijn het erover eens dat dit waardevol kan zijn voor patiënten en aparte bekostiging de noodzakelijke investeringen kan versnellen. Zorgvernieuwing is daarom als aparte prestatie opgenomen in segment 3.

5.3.2 Motivatie voor toeleiding naar prestaties

V&VN heeft normen opgesteld waaraan de verpleegkundige indicatiestelling als onderdeel van het verpleegkundig proces moet voldoen. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten onderschrijven dit normenkader. Uit de indicatiestelling conform het normenkader blijkt wat de patiënt nodig heeft gezien zijn individuele situatie. Dit komt uiteindelijk neer op het aantal uren zorg en de benodigde deskundigheid.

Veldpartijen geven aan dat de drie te onderscheiden deskundigheidsniveaus in de afleiding van de zorgzwaarte werkbaar zijn omdat ze direct gekoppeld zijn aan opleiding. Daarnaast doet deze indeling recht aan het verschil in salaris tussen de niveaus. Op deze manier sluit de zorgzwaarte score goed aan op de kostprijs van de te leveren zorg.

5.3.3 Motivatie voor integrale prestaties op basis van zorgzwaarte

Een belangrijk uitgangspunt van de expertgroep was een beperking van het aantal prestaties (‘hoe minder, hoe beter’). Daarom zijn er scenario’s uitgewerkt met twee, drie en vijf integrale prestaties. Een ander uitgangspunt was dat de prestaties kostenhomogeen moeten zijn. Het scenario met 2 prestaties is op dit criterium afgevallen: de kostprijzen binnen een prestatie variëren daarin enorm ten opzichte van een model met drie of vijf prestaties.

Wij adviseren om te kiezen voor een model met drie prestaties. De voornaamste redenen om drie (en niet vijf) prestaties te adviseren zijn (1) beperking van de productieprikkel, (2) eenvoud voor de verpleegkundige, en (3) lager risico op upcoding. Deze argumenten wegen voor ons zwaarder dan de lagere kostenhomogeniteit vergeleken met een model met vijf prestaties, vooral ook omdat het verschil in kostenhomogeniteit niet heel hoog is. We zien

wel dat er meer omzetverschuivingen tussen aanbieders optreden bij drie prestaties dan bij vijf (zie bijlage 7). Indien hier geen vangnet voor komt, kan dat een reden zijn om vijf prestaties te hanteren.

De definitie van de integrale prestaties op basis van zorgzwaarte (waarin uren zorg en deskundigheidsniveau zijn gecombineerd) heeft om een aantal redenen de voorkeur boven twee besproken alternatieven: (1) aparte prestaties met gescheiden intensiteits- en deskundigheidsniveaus en (2) indeling van prestaties op basis van patiëntgroepen. Argumenten hiervoor zijn uitgebreid uitgewisseld met de expert- en klankbordgroep:

1. Aantal uren zorg en deskundigheidsniveau van de zorgverlener geven samen uitdrukking aan *patiënt & case complexity*
    - De patiënt en case complexity zijn bepalend voor zowel het aantal uren zorg als het in te zetten deskundigheidsniveau van de zorgverlener. Case complexity heeft te maken met *de complexiteit van de medische problemen, de persoon met de ziekte, de kenmerken van de populatie en de complexiteit van het zorgstelsel/zorgsysteem*. Patiënt complexity heeft te maken met het *gelijktijdig optreden van problemen in verschillende domeinen, de manier waarop problemen elkaar beïnvloeden, een kwetsbaar evenwicht, onvoorspelbaarheid en passendheid van routines en richtlijnen*[7].
    - Door deskundigheid van de zorg onderdeel te maken van de prestaties is ruimte voor de meer gespecialiseerde verpleegkundige handelingen.
2. De combinatie van uren zorg en deskundigheidsniveau in de parameter zorgzwaarte is beter toepasbaar dan aparte prestaties met gescheiden intensiteits- en deskundigheidsniveaus, want:
    - Bij aparte prestaties voor verschillende intensiteits- en deskundigheidsniveaus zijn tweemaal zoveel prestaties nodig voor dezelfde kostenhomogeniteit.
    - Aparte prestaties voor verschillende intensiteits- en deskundigheidsniveaus verhogen het aantal upcodingsmogelijkheden. Dit bemoeilijkt de handhaafbaarheid, omdat zorgverzekeraars op meerdere punten controles moeten uitvoeren (zie bijlage 5).
    - Aparte prestaties verkleinen het aantal patiënten per prestatie voor een individuele zorgaanbieder en verhogen daardoor het risico dat een aanbieder slechts een beperkt aantal patiënten behandeld waarvoor het tarief niet dekkend is dus leidt tot omzetschommelingen.
3. Prestatiedefinitie op basis van complexiteit van de zorgvraag is te verkiezen boven indeling op basis van patiëntgroepen (bijv. palliatieve patiënten, chronische patiënten, kwetsbare ouderen etc.)
    - Indelen van patiënten in groepen is complex omdat een patiënt in meerdere groepen kan vallen, omdat deze in vaak meerdere ziektebeelden heeft.

---

[7] Lambregts, J., Grotendorst, A., & Merwijk, C. van (2012) - Leren van de toekomst. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

- Het zorggebruik binnen een patiëntengroep is niet homogeen, zo blijkt uit analyse van declaratiegegevens (loopt uiteen van weinig tot veel).
- Hoe meer patiëntgroepen, hoe meer risico op ruis in vergelijkingen tussen aanbieders door de kleinere aantallen per groep. Prestaties zijn daardoor snel instabiel en kunnen leiden tot grote verschillen tussen aanbieders. Bijvoorbeeld omdat een zorgaanbieder binnen een bepaalde categorie voornamelijk patiënten heeft met hoge zorgzwaarte.
- Patiëntgroepen zijn limitatief en bieden mogelijk geen ruimte voor te substitueren zorg vanuit de tweede lijn voor patiënten waarvoor geen groep is bepaald.

5.3.4 Motivatie voor de duur van de prestaties

We adviseren een periode van vier weken te hanteren. Enerzijds omdat dit beter recht doet aan de zorg voor patiënten die kort zorg nodig hebben dan bijvoorbeeld een kwartaalprestatie en anderzijds omdat dit minder administratieve lasten met zich meebrengt dan een nog kortere periode, zoals bijvoorbeeld een dag.

Afleiding van de prestatie vindt plaats aan het eind van de periode op basis van de zorgzwaarte in die periode. Afleiding aan het einde van een periode sluit aan bij de circulaire aard van het indicatieproces en doet recht aan de zorg voor patiënten die niet de gehele periode in zorg zijn. Het vaststellen van een prestatie vooraf doet hier geen recht aan. Dan geldt de prestatie voor de gehele periode, ongeacht de duur of een verandering in zorgzwaarte.

Een andere optie die we hebben onderzocht is het hanteren van een dagtarief gebaseerd op de zorgzwaarte uit de indicatie. De declaratie is dan het aantal dagen dat een patiënt in zorg was met het bijbehorende dagtarief. Dit heeft als nadeel dat dit het bijhouden van ‘start en stop’ zorg vereist. Omdat dit een grotere administratieve last met zich meebrengt en gevoeliger is voor fouten, zoals vergeten de zorg stop te zetten in de registratie, adviseren wij afleiding aan het eind van een periode.

5.3.5 Motivatie voor de uitzonderingen

We onderscheiden drie uitzonderingen die niet binnen de hierboven beschreven integrale prestaties passen:

1. Patiënten met zeer hoge zorgzwaarte: vergoeding op uurbasis
   - Vergoeding op uurbasis is geen ideale oplossing, maar deze oplossing is te verkiezen boven de andere oplossingsrichtingen, namelijk of een veel groter aantal prestaties of prestaties met een lage kostenhomogeniteit. Vooral de tweede oplossingsrichting zou als groot risico hebben dat het prestatietarief niet kostendekkend is voor de zorg die patiënten met hoge zorgzwaarte nodig hebben. Aparte bekostiging middels 3 prestaties met een tarief per uur voor de verschillende deskundigheidsniveau’s (3, 4, 5 en hoger) biedt wel een kostendekkende vergoeding voor deze dure patiënten.

Deze maatregel verkleint het risico op onderbehandeling en garandeert zo passende zorg.
- Wij stellen de grens van meer dan twee uur zorg per dag om twee redenen voor: ten eerste is twee uur ongeveer het begin van 'de staart' van mensen die meer zorg krijgen, zo blijkt uit de huidige verdeling van zorg. Ten tweede is de grens ongeveer gelijk aan de ZZP met de meeste verpleging en verzorging, namelijk de intramurale ZZP 8 indicatie met 13,4 uur verpleging en verzorging per week. Wij vinden het onlogisch om een product te introduceren binnen de verpleging en verzorging waarin standaard meer zorg geleverd kan worden dan in de zwaarste intramurale ZZP binnen de Wlz, zeker als het patiënten betreft die langdurig in zorg zijn. De Wlz is namelijk geïntroduceerd om in de zorg voor de kwetsbaarste mensen te voorzien.
- Deze oplossing biedt flexibiliteit ten aanzien van het overgangsrecht voor en afbakening van de Wlz. Van de huidige omvang van 23.000 patiënten met zeer hoge zorgzwaarte zal een deel naar de Wlz overstappen. Het is in dit stadium echter nog onzeker hoe groot het aantal patiënten precies is dat hiervoor in aanmerking komt en ervoor kiest van dit recht gebruik te maken. Zie bijlage 6 voor meer detailinzichten in deze groep. Wanneer de zorg voor deze patiënten ondergebracht zou worden in de integrale prestaties, heeft de overstap naar de Wlz grote impact op de samenstelling en homogeniteit van de integrale prestaties, doordat een aanzienlijk deel van de patiënten dan wegvalt. Dan zouden de prijzen en grenzen van prestaties achteraf niet goed kloppen.

2. Verblijf bij intensieve kindzorg
   - Om verblijf, vervoer en pedagogische ondersteuning bij intensieve kindzorg te bekostigen is er op dit moment een indirecte oplossing toegestaan: zorgaanbieders declareren uren PV en VP om deze kosten te dekken. Met aparte dagprestaties voor verblijf is de vergoeding beter afgestemd op de werkelijke kosten en is controle door zorgverzekeraars eenvoudiger. Daarbij is toekomstige integratie mogelijk met de nog te ontwikkelen beleidsregel kortdurend eerstelijns verblijf voor volwassen patiënten.
   - Aparte prestaties voor verblijf overdag en verblijf 's nachts doen recht aan de verschillen in verblijf bij gespecialiseerde verpleegkundige kinderdagverblijven en kindershospices. De prestatie verblijf overdag krijgt een tarief per dagdeel dat de huisvestingscomponent, verzorgingskosten (incl. voeding), personeelskosten die niet samenhangen met directe zorgverlening en vervoerskosten dekt. De prestatie 's nachts krijgt een tarief per dagdeel dat huisvestingscomponent, verzorgingskosten (incl. voeding), personeelskosten die niet samenhangen met directe zorgverlening dekt.

5.3.6 Motivatie voor de aanvullende informatiestroom

Werken met integrale prestaties, waarbij de afleiding gebaseerd is op zorgzwaarte, betekent dat de prestaties geen details bevatten over de daadwerkelijke zorglevering per patiënt en de patiëntproblematiek. Aanvullende informatie in de declaratiestroom biedt

zorgverzekeraars en zorgaanbieders inhoudelijke aanknopingspunten om in gesprek te gaan over de zorg. Deze aanvullende informatie draagt bij aan een gezonde vertrouwensbasis tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en voorkomt daarmee op termijn extra complexiteit in het stelsel door allerhande verschillende uitvragen van gegevens door individuele zorgverzekeraars met hogere administratieve lasten tot gevolg.

Voor 2016 ligt het voor de hand te beginnen met het opnemen van de geleverde uren en deskundigheidsniveaus in de declaratiestroom. Dit sluit aan bij de bestaande informatiestructuur en levert daardoor weinig extra administratieve lasten op. Vooruitkijkend is het essentieel om een relatie te kunnen leggen tussen interventies en uitkomsten. Hiervoor is eerst een eenheid van taal nodig, waarna verpleegkundige diagnose en interventies onderdeel van de declaratiestroom kunnen zijn.

5.4 Toetsing uitwerking aan beoordelingscriteria

In onderstaande tabel beoordelen we de uitwerking van segment 2 aan de hand van het toetsingskader.

Criteria toetsingskader	Beoordeling
Hanteerbaarheid	Met drie integrale zorgprestaties plus twee voor verblijf en vervoer bij kindzorg en een aparte oplossing voor ‘outliers’ is het aantal prestaties beperkt en overzichtelijk.
Herkenbaarheid	De afleiding van de prestaties op basis van zorgzwaarte sluit aan op de verpleegkundige indicatiestelling en doet zo recht aan de patiëntsituatie (verpleegkundige diagnose, zelfstandigheid, mantelzorgnetwerk etc.).
Volledigheid	Alle patiënttoewijsbare zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden krijgt een plaats in de prestaties (zie bijlage 3).
Homogeniteit	De indeling op zorgzwaarte geeft de beste kostenhomogeniteit. Door een aparte oplossing te kiezen voor de patiënten met zeer hoge zorgzwaarte is het mogelijk om drie kostenhomogene prestaties te maken (zie bijlage 4).
Stabiliteit	Het bekostigingssysteem is robuust voor veranderingen in de vraag en organisatie van de zorg, zoals een groei van ziekenhuisverplaatste zorg. Het is wel belangrijk om prijzen en grenzen van prestaties jaarlijks te herijken. De analyse op productiedata uit 2013 laat zien dat voor 90% van de zorgaanbieders de omzet stabiel (verandering <5%) blijft bij toepassing van het voorgestelde bekostigingssysteem (zie bijlage 7).
Administratieve lasten	De administratieve lasten blijven beperkt door in de prestatieafleiding nauw aan te sluiten op de verpleegkundige indicatiestelling en door de aanvullende informatie uit de indicatie op te nemen in de declaratiestroom.
Handhaafbaarheid	De aanvullende informatie stelt zorgverzekeraars in staat om gerichte controles uit te voeren op de geleverde productie.
Samenwerking met andere domeinen	Niet van toepassing voor dit segment
Systeemrisico’s voor	

patiënt	
• Toegankelijkheid	Een indeling in drie prestaties geeft adequate vergoeding voor het grootste deel van de zorg. De aparte vergoeding per uur voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte garandeert dat zorgaanbieders voor deze patiënten kostendekkend zorg kunnen leveren en voorkomt dat zij niet in zorg worden genomen.
• Keuzevrijheid	De gekozen oplossing legt geen beperking op in de keuzevrijheid voor patiënten.
• Kwaliteit	De aparte vergoeding per uur voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte garandeert dat zorgaanbieders voor deze patiënten kostendekkend kunnen leveren en beperkt de kans op eventuele onderbehandeling.
Systeemrisico's aanbieders	
• Ruimte voor innovatie	Hantering van een klein aantal integrale prestaties geeft aanbieders een prikkel om innovaties in te zetten zodat de zorg binnen de prestaties kostendekkend te leveren is.
• Autonome positie	Niet van toepassing voor dit segment
• Integraliteit van werkzaamheden	Werken met integrale prestaties die alle patiëntgebonden zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, stimuleert integraliteit van werkzaamheden.
Systeemrisico's verzekeraars	
• Juistheid van productieprikkels	De keuze voor prestatiebekostiging betekent per definitie dat een aanbieder beloond wordt voor productie. Door het hanteren van integrale prestaties is de beloning voor extra uren echter beperkt en verkleint daarmee de productieprikkel. Dit effect wordt versterkt door het kleine aantal prestaties.
• Mogelijkheid van substitutie	De keuze voor indeling op zorgzwaarte i.p.v. patiëntgroepen vergemakkelijkt substitutie uit de 2e lijn. Het kan nu namelijk niet voorkomen dat substitutie van een patiëntgroep niet mogelijk is, omdat hiervoor geen nog geen passende prestatie voor is gedefinieerd. De aanwezigheid van een kostendekkende bekostiging voor alle soorten patiënten zorgt ervoor dat er ook geen financiële belemmeringen zijn voor substitutie.
• Beperking risico op upcoding	Risico op upcoding is inherent aan de keuze voor integrale prestaties. Bij drie prestaties is het aantal upcodingsmogelijkheden echter beperkt en bovendien is er aanvullende informatie in de declaratiestroom die controle mogelijk maakt.
• Concurrentie tussen verzekeraars	Prestatiebekostiging biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid zich van elkaar te onderscheiden door met verschillende aanbieders afspraken te maken en andere tarieven af te spreken.

5.5 Draagvlak

5.5.1 Draagvlak voor aantal integrale prestaties

Binnen de klankbordgroep is er veel draagvlak voor integrale prestaties op zorgzwaarte. De klankbordgroep is wel verdeeld tussen de scenario's met drie en vijf integrale zorgprestaties. Een kleine meerderheid ondersteunt het voorkeursscenario van drie prestaties, onder de

randvoorwaarde dat er een adequate regeling komt die omzetverschuivingen veroorzaakt door de overstap op prestatiebekostiging compenseert. Voor een systeem met twee integrale prestaties voor patiëntgebonden zorg bestaat geen draagvlak binnen de klankbordgroep vanwege de lage kostenhomogeniteit.

Partijen die de voorkeur hadden voor drie prestaties gaven de volgende argumenten:
- Drie integrale prestaties is een hanteerbaar en overzichtelijk aantal.
- In een systeem met drie prestaties zijn de administratieve lasten het kleinst.
- Een systeem met drie prestaties verkleint het risico op upcoding.

Partijen met voorkeur voor vijf prestaties onderbouwen deze keuze met de volgende argumenten:
- Uit de analyse blijkt dat een systeem met vijf prestaties leidt tot de kleinste omzetschommelingen bij zorgaanbieders.
- In een systeem met vijf prestaties is het risico op onderbehandeling van patiënten met een hoge zorgvraag het kleinst.

5.5.2 Draagvlak voor uitzonderingen

De klankbordgroep ziet in dat de grote verschillen tussen patiënten met zeer hoge zorgzwaarte vraagt om een aparte oplossing. Over de voorgestelde oplossing van bekostiging per uur zijn de meningen verdeeld. De helft van de partijen ziet hierin een werkbare oplossing, de andere helft vraagt zich af of dit systeem geen (onnodige) bureaucratie introduceert. Zij stellen voor een aanvullend onderzoek te starten naar hoe om te gaan met de groep zeer zware patiënten.

Alle partijen in de klankbordgroep staan achter het apart bekostigen van verblijf en vervoer bij intensieve kindzorg.

5.5.3 Draagvlak voor aanvullende informatiestroom

Alle partijen in de klankbordgroep onderschrijven de noodzaak van uitwisseling van informatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars aanvullend op de declaraties. Over de inhoud van deze informatiestroom lopen de meningen uiteen. Zorgaanbieders vinden dat geleverde uren en ingezette deskundigheid op patiëntniveau geen onderdeel van de declaratiestroom kunnen zijn, omdat in het onderhandelresultaat is afgesproken dat sturing en verantwoording op uitkomsten gaat plaatsvinden. Voor zorgverzekeraars is deze informatie randvoorwaardelijk omdat zij hiermee in detail inzicht kunnen krijgen in de zorglevering en de verschillen tussen aanbieders.

6. Uitwerking segment 3

6.1 Voorgestelde uitwerking op hoofdlijnen

Veldpartijen geven unaniem aan richting een systeem van uitkomstbekostiging te willen groeien. Segment 3 geeft invulling aan deze wens door veldpartijen de ruimte te bieden om samen af te spreken hoe deze gewenste resultaten eruit zien en deze apart te belonen. Daarnaast geven veldpartijen unaniem aan dat in segment 3 ruimte voor innovatie moet zijn. Innovatie kan bijvoorbeeld betrekking hebben op e-health of innovatie van de zorgketen.

Wij adviseren segment 3 te laten bestaan uit twee prestaties:

- Uitkomstbeloning verpleging & verzorging
- Zorgvernieuwing verpleging & verzorging

Zorgverzekeraars, aanbieders (brancheorganisaties en zorgverleners) en patiëntenorganisaties moeten samen een standaardset uitkomstindicatoren ontwikkelen voor de prestatie uitkomstbeloning. Dit is een meerjarentraject waarin Zorginstituut Nederland kan begeleiden.

In 2016 wordt in segment 3 begonnen met 0-10% van het totale budgettaire kader verpleging en verzorging. Startpunt is 0% voor uitkomstbeloning, als een aanbieder nu al verder wil gaan kan dat, maar het hoeft niet. De exacte omvang voor uitkomstbeloning en zorgvernieuwing per aanbieder is afhankelijk van de individuele afspraak tussen aanbieder en zorgverzekeraar.

Verzekeraars kunnen totdat de standaard indicatorenset beschikbaar is, niet eenzijdig bepalen welk deel van de beloning in segment 3 afhangt van uitkomsten. Het aandeel segment 3 zal in de volgende jaren verder groeien tot de gewenste verhouding tussen segment 2 en segment 3 bereikt is. Voor de klankbordgroep kwam het nu nog te vroeg om de toekomstige omvang van segment 3 vast te stellen.

6.2 Voorgestelde uitwerking op detailniveau

6.2.1 Beschrijving prestaties

- Prestatie voor belonen op resultaten:
  Binnen de prestatie ‘uitkomstbeloning’ ontvangen zorgaanbieders een variabele vergoeding afhankelijk van de behaalde resultaten; het gaat dus nadrukkelijk niet om structuur- of procesindicatoren. Zorgverzekeraars, aanbieders (brancheorganisaties en zorgverleners) en patiëntenorganisaties stellen gezamenlijk uniforme uitkomstindicatoren op. Zorgverzekeraars stellen in samenspraak met aanbieders vast welke indicatoren, uit de standaardset uitkomstindicatoren, per aanbieder hiervoor te

hanteren. Zo kan deze prestatie voor elke aanbieder passend ingevuld worden. Zorgverzekeraars hebben de vrijheid om te bepalen welk gewicht ze per indicator hanteren en welke scores ze honoreren. Hierbij hebben zorgverzekeraars rekenschap te geven aan de professionele norm.

De standaardset uitkomstindicatoren moet nog worden ontwikkeld. Verzekeraars kunnen totdat deze beschikbaar is, niet eenzijdig bepalen welk deel van de beloning afhangt van uitkomsten. Wel kunnen zorgverzekeraars met aanbieders die nu al willen starten met uitkomstbeloning gezamenlijk afspraken maken over de omvang van de beloning en de te hanteren indicatoren.

- Prestatie voor zorgvernieuwing:
  Zorgaanbieders maken aanspraak op de prestatie 'zorgvernieuwing' wanneer zij investeren in de ontwikkeling van innovatieve middelen of behandelmethoden die aantoonbaar bijdragen aan betere zorgverlening. Innovatie kan bijvoorbeeld betrekking hebben op e-health of een innovatief idee voor zorg in de keten. De vergoeding geldt expliciet alleen voor de ontwikkelfase en experimentele inzet. Succesvolle innovaties worden op termijn onderdeel van de reguliere behandeling. Vanaf dat moment gaat de bekostiging over in de integrale zorgpakketten in segment 2. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten periodiek overeenkomen welke innovaties en/of behandelmethoden vallen onder de prestatie zorgvernieuwing.

6.2.2 Proces voor ontwikkelen van indicatoren

Om tot een gedragen en uniform meetbare set van uitkomstindicatoren te komen, moeten zorgverzekeraars, aanbieders (brancheorganisaties en zorgverleners) en patiëntenorganisaties deze samen ontwikkelen. Zorginstituut Nederland kan hierin een regierol vervullen. Gezien het belang van een zorgvuldige aanpak zal dit een meerjarentraject zijn. Het Zorginstituut Nederland schat in dat dit twee tot drie jaar gaat duren. De te ontwikkelen indicatoren moeten 'beïnvloedbaar' zijn door diegene die de zorg aanbiedt. In de ontwikkeling dient rekening gehouden te worden met de wens dat de te hanteren indicatoren constant blijven over een langere periode.

Om de overgang van productiebekostiging naar (gedeeltelijke) uitkomstbekostiging goed te laten verlopen, stellen wij een ingroeitraject voor. In 2016 zal voor segment 3 0-10% van het budgettair kader verpleging en verzorging beschikbaar zijn. In de daaropvolgende jaren, zodra indicatoren beschikbaar zijn, zal dit aandeel verder uitgebouwd worden. Hierbij wordt toegewerkt naar de 'stip op de horizon' die de veldpartijen zich ter ambitie stellen.

6.3 Motivatie bij uitwerking segment 3

6.3.1 Motivatie bij beschrijving prestaties

- Prestatie voor belonen op resultaten:
  De klankbord- en expertgroep zien graag dat er één prestatie voor het belonen op resultaten komt in plaats van nu al gescheiden prestaties voor verschillende thema's. Veldpartijen willen zich op dit moment nog niet committeren aan een voorkeur van thema's waarbinnen de indicatoren ontwikkeld gaan worden. Op het moment is er namelijk nog geen gezamenlijke indicatorenset bepaald en het traject voor het ontwikkelen van uitkomstindicatoren moet nog opstarten. Veldpatijen geven aan dat hieruit de thema's en bijbehorende indicatoren naar voren moeten komen. Aan het begin van het ontwikkeltraject bepalen de veldpartijen samen welke thema's de voorkeur hebben. Vanuit de expertgroep zijn reeds een aantal onderwerpen benoemd waarvoor ontwikkelen van uitkomstindicatoren relevant is. Dit zijn de volgende onderwerpen: klantbeleving, kostenontwikkeling, kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven, substitutie van tweede naar eerste lijn en voorkomen van escalatie naar tweede lijn .

- Prestatie voor zorgvernieuwing:
  Het ontwikkelen en testen van zorginnovaties kan aanzienlijke investeringen vergen van zorgaanbieders. Zelfs als de innovaties succesvol blijken kan het nog een aantal jaren duren voor de initiële investering is terugverdiend. Dit kan een financiële drempel opwerpen voor de realisatie van zorgvernieuwing. De prestatie zorgvernieuwing neemt deze drempel gedeeltelijk weg en heeft zo een katalyserende werking op het tempo van innovatie in de verpleging en verzorging.

6.3.2 Motivatie voor het proces voor ontwikkelen van indicatoren

Veldpartijen geven aan dat de bestaande indicatoren (CQ-index, ZI-indicatoren) onvoldoende zeggingskracht hebben voor goede uitkomstbekostiging. Ontwikkelen van een nieuwe set indicatoren vergt waarschijnlijk tijd. Deze tijd moet zeker worden genomen aangezien er bij een overhaaste ontwikkeling een groter risico op een van onderstaande risico's is:

- Onvoldoende draagvlak / consensus voor de ontwikkelde indicatoren
- Ontwikkelde indicatoren zijn lastig uniform te meten
- Indicatoren zijn onvoldoende specifiek voor bepaalde patiëntgroepen
- Indicatoren zijn eenvoudig te manipuleren

Door een ingroeitraject te hanteren is er ruimte voor het realiseren van de vereiste mentaliteitsomslag bij patiënt, zorgprofessional, zorgaanbieders en verzekeraars waar bekostiging op resultaten mee gepaard gaat.

6.4 Toetsing uitwerking aan beoordelingscriteria

In onderstaande tabel beoordelen we de uitwerking van segment 3 aan de hand van het toetsingskader.

Criteria toetsingskader	Beoordeling
Hanteerbaarheid	De uiteindelijke herkenbaarheid van segment 3 is vooral afhankelijk van het aantal te ontwikkelen indicatoren en de mate waarin ze de mogelijkheid beiden om recht te doen aan verschillen in patiëntenpopulaties tussen zorgaanbieders.
Herkenbaarheid	Segment 3 is herkenbaar omdat het invulling geeft aan de breed gedragen wens om te belonen op uitkomsten. De te ontwikkelen indicatoren zijn bepalend voor de uiteindelijke herkenbaarheid van segment 3.
Volledigheid	Niet van toepassing voor dit segment.
Homogeniteit	Niet van toepassing voor dit segment.
Stabiliteit	De introductie van uitkomstbekostiging verkleint de vaste vergoeding voor de geleverde zorg en leidt zo tot minder stabiliteit in de omzet. Dit kan op termijn leiden tot een verkleining van het aantal zorgaanbieders, maar zorgt er wel voor dat juist de best scorende aanbieders overblijven.
Administratieve lasten	Administratieve lasten zijn vooral afhankelijk van het aantal te ontwikkelen indicatoren en de mate waarin deze aansluiten op de bestaande verpleegkundige processen.
Handhaafbaarheid	Beloning op uitkomsten vergroot de handhaafbaarheid van het systeem door het verkleinen van de productieprikkel. Aandachtspunt is dat er tijd nodig is om overeenstemming te bereiken over de te hanteren indicatoren en uniforme meetbaarheid. Overhaaste ingroei in S3 kan ten koste gaan van de zorgvuldigheid en heeft juist een belemmerend effect op de handhaafbaarheid
Samenwerking met andere domeinen	S3 kan worden ingezet om samenwerking met andere domeinen te belonen. Dit effect wordt versterkt wanneer de ontwikkeling van S3 (gedeeltelijk) samen opgaat met uitkomstenbeloning in de huisartsenbekostiging en de WMO.
Systeemrisico's voor patiënt	
• Toegankelijkheid	Beloning van screeningstaken via S3 heeft een versterkend effect op de poortwachtersfunctie van de wijkverpleegkundige. Dit kan de toegankelijkheid vergroten, met name voor kwetsbare doelgroepen die de weg naar de zorgverlener eigenhandig niet goed weten te vinden.
• Keuzevrijheid	Uitkomstbekostiging leidt tot meer inzicht in kwaliteit. In eerste instantie vooral bij de zorgverzekeraar, maar uiteindelijk ook bij de patiënt. Hierdoor krijgen patiënten meer te kiezen en zijn ze zich ook bewuster waar ze voor kiezen. Tegelijkertijd kan uitkomstbekostiging het aantal aanbieders beperken waar patiënten uit kunnen kiezen, omdat niet alle aanbieders goed scoren op de indicatoren.
• Kwaliteit	Het directe doel van uitkomstenbekostiging is de kwaliteit van de geleverde zorg te verhogen. Om dit doel te realiseren is het van belang om een sterke financiële prikkel aan S3 te verbinden en ambitieus te zijn in de uiteindelijke verhouding S2/S3.
Systeemrisico's	

aanbieders	
• Ruimte voor innovatie	De aparte prestatie voor zorgvernieuwing is een sterke stimulans voor innovatie door aanbieders tegemoet te komen in ontwikkelkosten. Daarnaast biedt de prestatie uitkomstbeloning de gelegenheid om innovatie te belonen wanneer deze leidt tot betere resultaten.
• Autonome positie	De verpleegkundigen en verzorgenden krijgen een stem in de te ontwikkelen uitkomstindicatoren. Zij kunnen zo zorgen dat de indicatoren nauw aansluiten bij de verpleging en verzorging in zijn volle omvang.
• Integraliteit van werkzaamheden	Niet van toepassing voor dit segment.
Systeemrisico's verzekeraars	
• Juistheid van productieprikkels	Het directe doel van uitkomstenbekostiging is om de nadruk te verleggen van het leveren van productie naar het behalen van resultaat. De uiteindelijke ambitie in de budgettaire verhouding S2/S3 zal bepalend zijn voor de mate waarin deze verschuiving gerealiseerd wordt.
• Mogelijkheid van substitutie	S3 biedt de ruimte voor het belonen van substitutie van 2^e^ naar 1^e^ lijn en van 1^e^ naar 0^e^ lijn. De financiële ruimte in S3 en de te ontwikkelen indicatoren zijn bepalend voor de stimulans om substitutie te realiseren.
• Beperking risico op upcoding	Een groter budgettair aandeel S3 verkleint de prikkel tot upcoding. Aanbieders krijgen dan een kleiner deel van hun vergoeding op basis van de prestatie waarin een patiënt valt en een groter deel op basis van behaalde resultaten. Het uiteindelijke effect is afhankelijk van de nog vorm te geven ambitie in de verhouding S2/S3. Daarnaast biedt S3 ruimte om specifieke indicatoren te ontwikkelen die upcoding tegengaan.
• Mogelijkheid tot onderlinge concurrentie	Segment 3 biedt zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden om zich te onderscheiden in hun inkoopbeleid. Ze kunnen in de onderhandeling met zorgaanbieders vormgeven welk gewicht per indicator te hanteren en welke scores te honoreren.

6.5 Draagvlak

Alle veldpartijen geven aan dat in segment 3 ruimte moet zijn voor het bekostigen van uitkomsten en innovatie. Alle partijen geven aan dat het ontwikkelen van uitkomstindicatoren tijd kost. Men geeft ook unaniem aan dat zorgverzekeraars, aanbieders (brancheorganisaties en zorgverleners) en patiëntenorganisaties deze indicatoren samen moeten ontwikkelen, waarbij het moet gaan om uitkomstindicatoren. De meningen lopen echter uiteen of voor bekostiging op uitkomsten in 2016 al ruimte moet zijn of dat dit pas kan komen zodra de indicatoren ontwikkeld zijn.

Drie veldpartijen zetten in op langzaam opbouwen en geleidelijk doorontwikkelen, waarbij te starten op 0% ruimte voor resultaatbeloning. De andere vier geven aan graag een ambitieuzere start te hebben en te willen starten op 5 of 10%.

Ons voorstel is daarom om in 2016 in segment 3 te beginnen met 0-10% van totale budget voor verpleging en verzorging en zodra uitkomstindicatoren beschikbaar zijn door te groeien. Startpunt is 0%, waarbij de exacte omvang per aanbieder afhankelijk is van de individuele afspraak tussen aanbieder en zorgverzekeraar. Verzekeraars kunnen niet eenzijdig bepalen welk deel van de beloning afhangt van uitkomsten, totdat de indicatorenset beschikbaar is.

7. Samenhang tussen segmenten

We geven hier aan hoe het beschikbare budget te verdelen over de drie segmenten en lichten een impactanalyse van het nieuwe bekostigingsmodel toe.

7.1 Omvang per segment

7.1.1 Omvang segment 1

De tijd die een wijkverpleegkundige voor wijkgerichte activiteiten nodig heeft, bepaalt de omvang van segment 1. Meer en andere activiteiten zijn nodig in een wijk met veel ouderen en een lage sociaal economische klasse dan in een wijk met overwegend jongeren in een hoge sociaal economische klasse. De benodigde activiteiten en daarmee de omvang van segment 1 zijn dus afhankelijk van de omvang en opbouw van de bevolking.

De klankbordgroepleden zijn het erover eens dat empirisch onderzoek naar de activiteiten en daarvoor benodigde tijd de enige methode is om de omvang van segment 1 te bepalen. Gezien de nieuwe vormgeving van wijkgebonden taken in segment 1 is het lastig vooraf in te schatten hoeveel geld er precies nodig is. Er is in een beperkt aantal gemeentes ervaring opgedaan met het wijkgericht werken. Kwantitatieve gegevens zijn nog schaarser. Het NIVEL-onderzoek[8] naar Zichtbare Schakels in de regio Den Haag is het enige onderzoek dat de inzet van wijkverpleegkundigen voor segment 1-taken differentieert naar type wijken. Extrapolatie[9] van de benodigde zorg per type wijk op basis van de bevindingen uit dit onderzoek naar landelijk niveau zou een totale benodigde omvang van segment 1 geven van 60-80 miljoen euro.

We zijn ons er van bewust dat de Zichtbare Schakels verschillen in aanpak en opzet, waardoor extrapolatie niet direct opgaat. Toch willen we deze extrapolatie gebruiken als eerste inschatting van de benodigde financiële omvang van segment 1. V&VN houdt op het moment een uitvraag onder haar leden; dit biedt een tweede benadering voor de omvang van segment 1. Ook bij de uitvraag door V&VN geldt de kanttekening dat slechts een beperkt aantal verpleegkundigen ervaring heeft met wijkgericht werken.

VWS hanteert een ingroeitraject voor de omvang van segment 1 de komende jaren. 2015 moet uitwijzen of de bevindingen in de regio Den Haag en de uitkomsten van de V&VN uitvraag opgaan. Een goede monitoring is daarom essentieel.

---

[8] Nivel, Prozorg (2014) - De benodigde capaciteit voor niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige taken? - een wijkanalyse in Den Haag

[9] Uit het NIVEL onderzoek blijkt dat de SCP-statusscore van een wijk veruit de meest bepalende factor is voor het gebruik van niet-cliënt toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Voor een lage, middel en hoge SCP-statusscore is het aantal FTE wijkverpleegkundige per 10.000 inwoners bepaald. Voor de extrapolatie is elke wijk in Nederland ingedeeld naar deze SCP-statusscores en het aantal inwoners vermenigvuldigd met de benodigde FTE's.

7.1.2 Omvang segment 2&3

Het aantal patiënten, de omvang van de zorg die bij hen is geïndiceerd en de duur dat zij in zorg zijn, bepalen de omvang van segment 2. De kostendragers voor segment 2 zijn het aantal geïndiceerde uren zorg en de daarbij benodigde deskundigheid. Nu zijn er ongeveer 600 concerns actief die jaarlijks zorg leveren voor 400.000 patiënten.

Een uitzondering geldt voor verblijf in de intensieve kindzorg. De omvang is afhankelijk van het aantal patiënten en het aantal dagdelen dat zij intern verblijven. De kostendragers voor verblijf zijn de huisvestingscomponent, de verzorgingskosten (inclusief voeding), de personeelskosten die niet samenhangen met directe zorgverlening en de vervoerskosten. VWS heeft voor gespecialiseerde verpleegkundig kinderdagverblijven en kinderhospices een lijst met 21 zorgaanbieders samengesteld, die de indicaties met verblijf en vervoer kunnen verzilveren.

De omvang van segment 2 en 3 hangen direct met elkaar samen. Ons voorstel is een ingroeitraject te hanteren voor de bekostiging van segment 3. Voor 2016 is 0-10% van segment 2 beschikbaar voor belonen van uitkomsten en zorgvernieuwing in segment 3. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder moeten samen individuele afspraken maken over het gewenste percentage. Vanaf 2016 bouwt het beschikbare bedrag in segment 3 steeds verder uit naar een heldere ‘stip op de horizon’ die de veldpartijen zich ter ambitie stellen. Randvoorwaarde voor deze ingroei is de beschikbaarheid van de set van uitkomstindicatoren. Deze moeten zorgverzekeraars, aanbieders (brancheorganisaties en zorgverleners) en patiëntenorganisaties gezamenlijk gaan ontwikkelen. De groei van segment 3 gaat ten koste van de omvang van segment 2.

7.1.3 Optimale verhouding tussen segmenten

Het is lastig om vooraf in te schatten hoeveel geld er precies nodig is voor segment 1, omdat er nog beperkt ervaring is opgedaan met wijkgericht werken. De omvang van segment 1 moet in ieder geval voldoende zijn om de wijkgerichte taken te bekostigen en daarmee de verbinding tussen het medische en sociale domein te leggen. 2015 moet uitwijzen of de dan beschikbare 40 miljoen euro voldoende is. Uitgaande van de bevindingen in Den Haag lijkt eerder 60-80 miljoen euro nodig. Dit komt neer op 2-3% van het budgettair kader verpleging en verzorging.

Voor segment 3 komt het voor veel partijen nog te vroeg om de stip op de horizon te zetten waar segment 3 naartoe moet groeien. Wil de transitie van het belonen van verrichtingen naar het belonen van (gezondheids)uitkomsten slagen dan moet een substantieel deel van de inkomsten van een aanbieder uitkomstgerelateerd zijn. Het Zorginstituut Nederland geeft aan dat een ontwikkeltraject voor uitkomstindicatoren 2 tot 3 jaar gaat duren. Als wij ervan uitgaan dat partijen in 2015 starten met het ontwikkelen, dan zijn uiterlijk in 2018 de indicatoren gereed. Wil uitkomstbeloning effect gaan hebben, dan moet segment 3 een

substantiële omvang hebben zodat aanbieders de inkomsten uit dit segment echt nodig hebben. Bijvoorbeeld een percentage van 20% van het budgettair kader in 2020.

7.2 Impactanalyse

In de hoofdstukken die aan elk segment zijn gewijd, beoordelen we reeds de impact aan de hand van het beoordelingskader. In deze impactanalyse lichten we de dynamiek tussen de segmenten, de prikkels in het model, het risico op overschrijdingen en de fraudegevoeligheid toe.

7.2.1 Dynamiek tussen segmenten

De wijkverpleegkundige is, net als de huisarts, de eerste toegang tot professionele zorg en de verbindende schakel tussen zorgvragers en zorgaanbieders binnen het sociale en medische domein. De wijkverpleegkundige voert collectieve (wijk)taken uit die niet toewijsbaar zijn aan een individuele verzekerde. Goede uitvoering van de segment 1-activiteiten zal enerzijds door verbetering van de gezondheid in de wijk resulteren in minder formele zorg (segment 2) en anderzijds juist instroom naar segment 2 genereren doordat wijkverpleegkundigen ruimte hebben om zorgvragen te signaleren.

Segment 3 zorgt ervoor dat het mogelijk wordt op uitkomsten te gaan sturen en verantwoorden. Door de juiste uitkomstindicatoren te ontwikkelen kan segment 3 de kwaliteit en doelmatigheid van de activiteiten in zowel segment 1 als in segment 2 stimuleren.

7.2.2 Prikkels in de bekostiging

In het nieuwe bekostigingsmodel brengt elke segment bepaalde prikkels met zich mee: populatiebekostiging voor segment 1, integrale prestaties in segment 2 en prestaties voor uitkomstbeloning in segment 3. Hieronder lichten we de prikkels per bekostigingsvorm toe:

- Populatiebekostiging

  De keuze voor populatiebekostiging voor segment 1 voorkomt dat aanbieders een productieprikkel hebben voor wijkgericht werken. Dit heeft echter als risico dat aanbieders onvoldoende investeren in wijkgericht werken. Daarnaast kan een aanbieder financieel voordeel behalen als deze adequaat samenwerkt en zo kosten bespaart. Tegelijkertijd is het een risico dat een aanbieder deze besparingen via andere domeinen ook kan realiseren door afwenteling. Een ander risico, doordat aanbieders niet bekostigd worden op de geleverde zorg, is dat zij zorg buiten het Zvw-domein leveren.

  Indien zorgverzekeraars besluiten om segment 1 gezamenlijk in te kopen via een volgmodel, bestaat er een prikkel dat zorgverzekeraars deze zorg niet of niet

adequaat zullen inkopen. Kortom: er kunnen zorgverzekeraars zijn die de rest niet volgen en mogelijk geen segment 1 zorg inkopen in een wijk. Wij beoordelen dit risico minder zwaar dan het niet hebben van concurrentie tussen zorgverzekeraars, aangezien de zorgverzekeraar sowieso een zorgplicht heeft.

Bij de voorgestelde inrichting van populatiebekostiging liggen de uitgaven van de verzekeraar (grotendeels) vast, zodat deze mogelijk een beperkte prikkel heeft om nauwkeurig toe te zien op de geleverde zorg.

- Integrale prestaties

  Het introduceren van integrale prestaties met een gemiddeld tarief betekent dat een zorgaanbieder een vast bedrag ontvangt voor de te leveren zorg waarbinnen de zorgverlener naar eigen inzicht kan handelen. Dit beloont om patiënten in zorg te nemen, maar integrale prestaties belonen beperkt extra uren en verkleinen daarmee de productieprikkel. De zorgaanbieder heeft daardoor een financieel belang om de zorg zo doelmatig en efficiënt mogelijk in te zetten. Dit stimuleert aanbieders om innovaties in te zetten zodat de zorg binnen de prestaties kostendekkend te leveren is.

  Het tarief voor de prestaties is een gemiddelde. Dit houdt automatisch in dat er patiënten zijn die meer kosten dan het gemiddelde. Dit brengt een risico op onderbehandeling met zich mee. Daarnaast kan risicoselectie optreden. Dit betekent dat aanbieders een prikkel hebben om patiënten met een hogere zorgzwaarte dan gemiddeld in de prestatie niet in zorg te nemen. Wij denken dat deze risico's op te vangen zijn door in segment 3 uitkomstindicatoren voor kwaliteit te hanteren.

  Een prikkel tot upcoding is inherent aan de keuze voor integrale prestaties. Bij drie prestaties is het aantal upcodingsmogelijkheden echter beperkt en bovendien is er aanvullende informatie in de declaratiestroom die controle mogelijk maakt. Daarnaast verkleint een groter budgettair aandeel segment 3 de prikkel tot upcoding. Aanbieders krijgen dan een kleiner deel van hun vergoeding op basis van de prestatie waarin een patiënt valt een groter deel op basis van behaalde resultaten.

- Uitkomstbeloning

  De prestatie voor belonen op uitkomsten biedt een stimulans voor verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid, afhankelijk van de te ontwikkelen indicatoren. De aparte prestatie voor zorgvernieuwing is een sterke stimulans voor innovatie door aanbieders tegemoet te komen in ontwikkelkosten. Daarnaast biedt de prestatie uitkomstbeloning de gelegenheid om innovatie te belonen wanneer deze leidt tot betere resultaten.

7.2.3 Risico op overschrijdingen

Bij de voorgestelde inrichting van segment 1 (een bedrag per verzekerde per jaar) liggen de uitgaven van de verzekeraar (grotendeels) vast, zodat een risico op overschrijding volgens ons erg klein is.

In segment 2 heeft dit model een risico op macro-volumegroei. Wij onderscheiden de volgende risico's:

- Voor een zorgaanbieder is het in segment 2 lucratief om meer patiënten te behandelen. Dit is inherent aan elke vorm van prestatiebekostiging.
- Verpleegkundigen niveau 5 gaan zelf indiceren en bepalen daarmee de intensiteit en duur van de zorg en daarmee de te leveren prestatie. Het is een risico dat de indicaties ruimer worden gesteld dan noodzakelijk.
- Er bestaat een risico op upcoding, waarbij zwaardere zorg geleverd en gedeclareerd wordt dan noodzakelijk door de aanbieder.

Daarnaast is de extramuralisering in de AWBZ en GGZ een ontwikkeling die van invloed kan zijn op de macrokosten. Hierdoor komen in potentie meer patiënten in extramurale zorgvormen terecht, hetgeen leidt tot meer volume en daardoor hogere uitgaven. Dit risico wordt nog eens versterkt door het feit dat patiënten in de Zvw geen eigen bijdrage meer betalen maar wel in de Wlz. Het kan voor mensen dus geld schelen om zorg vanuit de Zvw vergoed te krijgen in plaats van de Wlz.

7.2.4 Fraudegevoeligheid van het model

Bij populatiebekostiging is de volumeprikkel bij de aanbieder laag tot afwezig, wat ook de neiging tot creatief declareren vermindert.

In segment 2 bepaalt de aanbieder de intensiteit/duur van de zorg en daarmee de te leveren prestatie. Een risico op fraude of ongepast gebruik kan ontstaan als de verpleegkundige niet goed in staat is de indicerende rol te vervullen. Er bestaat dan een risico op upcoding of niet correct declareren (te hoog tarief declareren) door de aanbieder.

Het risico op fraude in segment 3 is afhankelijk van hoe de meting van de uitkomstindicatoren wordt ingericht. Als aanbieders zelf de scores invullen, bestaat er een risico dat dit niet correct gebeurt.

Bijlage 1: Getoetste scenario's per segment

In de eerste klankbordgroep zijn de uit te werken scenario's bepaald. Voor segment zijn de volgende scenario's bepaald:

- Scenario 1: Elke aanbieder die S2 levert, levert ook S1. Zorgverzekeraars contracteren S1 bij alle aanbieders die S2 leveren. Het is dus in principe niet mogelijk dat een aanbieder alleen S2 levert.
- Scenario 2: Elke aanbieder die S1 levert, levert ook S2. Zorgverzekeraars contracteren S2 bij aanbieders die S1 leveren. Het is dus mogelijk dat een aanbieder alleen S2 levert. Het is niet mogelijk dat een aanbieder alleen S1 levert.
- Scenario 3: Geen aparte afspraak voor S1, bekostiging via S3. Zorgverzekeraars contracteren S2 en S3. Er komt geen aparte afspraak voor S1. S1 is te bekostigen via populatiegerichte indicatoren in S3.
- Scenario 4: Geen aparte afspraak voor S1, integraal S1/S2. Zorgverzekeraars contracteren S2 en S3. Er komt geen aparte afspraak voor S1. S1 zit versleuteld in S2. Bekostiging van de S1 werkzaamheden kan middels een opslag op de tarieven van S2.

Voor segment 2 was het voorstel om prestaties in te delen op zorgzwaarte en hiervoor de volgende scenario's verder uit te werken:

- Twee prestaties ingedeeld op zorgzwaarte, bestaande uit intensiteit en complexiteit.
- Drie prestaties ingedeeld op zorgzwaarte, bestaande uit intensiteit en complexiteit.
- Vijf prestaties ingedeeld op zorgzwaarte, bestaande uit intensiteit en complexiteit.

Voor segment 3 zijn de volgende scenario's uitgewerkt:

- Scenario 1: Starten op 0%. Ingroeien zodra indicatoren in gezamenlijkheid zijn ontwikkeld onder regie van Zorginstituut Nederland.
- Scenario 2: Starten op 5% en doorgroeien. Totdat indicatoren in gezamenlijkheid zijn ontwikkeld onder regie van Zorginstituut Nederland hanteren verzekeraars een beperkte set procesindicatoren.
- Scenario 3: Starten op 10% en doorgroeien. Totdat indicatoren in gezamenlijkheid zijn ontwikkeld onder regie van Zorginstituut Nederland hanteren verzekeraars een beperkte set procesindicatoren.

Bijlage 2: Beoordelingskader

In samenspraak met de NZa en de expert- en klankbordgroep is onderstaand toetsingskader met criteria waarop de voorgestelde uitwerking van het 3-segmentenmodel beoordeeld is.

Criterium	Omschrijving
Hanteerbaarheid	Aantal zorgproducten, dat gedeclareerd en geregistreerd wordt en waarover onderhandeld kan worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, dient beperkt en overzichtelijk te zijn.
Herkenbaarheid	Zorgproducten dienen vanuit een verpleegkundig perspectief identificeerbaar te zijn.
Volledigheid	Alle componenten van zorg die onder de aanspraak verpleging en verzorging vallen, dienen verwerkt te zijn in de zorgproducten.
Homogeniteit	Verschillen in kosten tussen patiënten met dezelfde prestatie dienen beperkt te zijn. Verschillen in kosten tussen patiënten met verschillende prestaties dienen substantieel te zijn.
Stabiliteit	Nieuwe zorgproducten dienen uniform toepasbaar te zijn ten opzichte van voorgaande jaren en financiële effecten als gevolg van eventuele wijzigingen dienen transparant en verklaarbaar te zijn.
Administratieve lasten	Administratieve lasten voor het werken met en onderhandelen over zorgproducten dienen zo beperkt mogelijk te blijven.
Handhaafbaarheid	Informatie over zorglevering en triage moet mogelijk maken dat zorgverzekeraars op effectieve wijze (materiële en formele) controles kunnen uitvoeren op de declaraties van zorgaanbieders.
Samenwerking met andere domeinen	Bekostigingsmodel dient samenwerking met gemeentelijk en huisartsen domein mogelijk te maken.
Systeemrisico's voor patiënt	Bekostigingsmodel dient zodanig te zijn opgebouwd en onderbouwd dat toegankelijkheid, keuzevrijheid, continuïteit en kwaliteit geborgd worden.
Systeemrisico's aanbieders	Bekostigingsmodel dient autonome positie van de verpleegkundige naast de huisarts en de integraliteit van haar werkzaamheden te borgen, daarnaast ruimte voor innovatie te bieden.
Systeemrisico's verzekeraars	Om de macrobeheersbaarheid te borgen dienen zorgproducten de juiste productieprikkels te geven, substitutie (2^{e} lijn -> 1^{e} lijn & 1e lijn -> 0^{e} lijn) mogelijk te maken en risico op upcoding te beperken.

Bijlage 3: Datavolledigheid

Voor de analyses zijn datasets van CAK en Vektis gebruikt. Deze datasets bevatten voor de jaren 2012 en 2013 alle gedeclareerde uren extramurale verpleging en verzorging (PV, VP, PV speciaal, VP speciaal, PV extra, VP extra, AIV (voor zover per uur gedeclareerd) die tot 1-1-2015 nog onder de AWBZ vallen. Door met deze datasets te werken en niet met CIZ indicaties kunnen we het precieze zorggebruik per patiënt analyseren. De CIZ indicaties zouden alleen een grof beeld geven, omdat ze in de praktijk niet volledig gebruikt worden (30-50% wordt niet werkelijk geleverd).

De in 2012-2013 gedeclareerde uren verpleging en verzorging sluiten echter niet één-op-één aan op het budgettair kader verpleging en verzorging in 2016. Om hierbij toch zo goed mogelijk aan te sluiten hebben wij een correctie uitgevoerd voor de volgende effecten:

a) Toevoeging van MSVT aan de extramurale verpleging en verzorging
b) Toevoeging van begeleiding bij palliatieve zorg aan extramurale verpleging en verzorging
c) Instroom van extra patiënten door extramuralisering van ZZP 1 tot en met 4

In de bijlage werken we deze correcties in detail uit.

a) Toevoeging van MSVT aan de extramurale verpleging en verzorging

Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT) valt op dit moment al onder de Zvw. Door de overheveling van de extramurale verpleging en verzorging uit de AWBZ vallen beide nu onder dezelfde aanspraak. Om een goede inschatting te kunnen maken van de zorg die in elke prestatie valt moet MSVT hierin dus ook meegenomen worden.

In het ‘Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging’ is voor MSVT in 2016 een jaarlijks budget van 60 miljoen euro opgenomen. Dit bedrag hebben wij als uitgangspunt genomen.

b) Toevoeging van begeleiding bij palliatieve zorg aan extramurale verpleging en verzorging

Patiënten in de palliatief terminale fase hebben vaak 24 uur per dag zorg nodig. Op dit moment mag men ook begeleiding declareren, omdat de maximaal te declareren uren PV en VP niet voldoende werden geacht om de kosten te dekken. Dit is dus begeleiding die eigenlijk verpleging en verzorging is en die dus ook meegenomen moet worden in de prestaties. De Vektis en CAK dataset bevatten geen patiënttyperingen. Daarom is het niet mogelijk om alle palliatief terminale patiënten in deze datasets te selecteren en analyseren. Om toch een inschatting te kunnen maken van gemiddeld zorggebruik van palliatief terminale patiënten en zo de extra uren begeleiding te kunnen toekennen, hebben we onderstaande benadering gehanteerd.

We hebben palliatief terminale patiënten geïdentificeerd in de CAK data aan de hand van twee criteria:

- Patiënten die verpleging, verzorging en begeleiding krijgen

- Patiënten waarvan de zorg binnen drie maanden na het peilmoment beëindigd is

Deze selectiecriteria doen recht aan de kenmerken van palliatief terminale zorg dat hierin uren PV, VP en BG gedeclareerd worden en dat deze kortdurend is. Wel benadrukken we dat deze methode een benadering blijft.

c) *Instroom van extra patiënten door extramuralisering van ZZP 1 tot en met 4*
Een laatste ontwikkeling met aanzienlijke impact op de omvang van de extramurale verpleging en verzorging in 2016 is de extramuralisering van de lichte ZZP's (1-4). Deze is vanaf 2013 al ingezet voor ZZP 1 en 2, maar wordt in de volgende jaren steeds verder uitgebouwd. De impact in 2013 en 2014 is nog beperkt, maar voor 2015 en 2016 zal dit extra volume in de wijkverpleging snel groeien. In het onderhandelaarsresultaat[10] is voor 2015 264 miljoen euro opgenomen voor zorg in natura, voor 2016 is dit 424 miljoen euro.

De inschatting van de impact de extramuralisering van lichte ZZP's is gebaseerd op de raming van VWS van het aantal cliënten dat valt onder langer thuis wonen (zie tabel 1). Hierbij zijn we er vanuit gegaan dat de aantallen cliënten steeds aan het eind van het jaar gerealiseerd zijn (dus: eind 2013 zijn er 550 cliënten die intramuraal ZZP1 (VV) zouden hebben, maar nu langer thuis wonen). Vervolgens is op basis van het aantal uren verpleging en verzorging per ZZP[11] bepaald hoeveel uren deels overgaan naar de aanspraak verpleging en verzorging.

[10] Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging - Bijlage 1 bij brief 355051-119080-HLZ
[11] Bron: NZa - Onderbouwing aantal uren (direct en indirect cliëntgebonden) per week per zorgzwaartepakket

Tabel 1. Raming aantal cliënten dat valt onder langer thuis wonen[12]. Aantallen cliënten zijn gemiddelden per jaar.

	Aantal cliënten raming VWS				Aantal cliënten jaargemiddelde			
ZZP	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
VV 1	1100	3500	5800	7000	550	2300	4650	6400
VV 2	3000	9000	15100	18100	1500	6000	12050	16600
VV 3	0	3000	9400	15600	0	1500	6200	12500
VV 4	0	0	0	2000	0	0	0	1000
VG 1	100	200	400	600	50	150	300	500
VG 2	200	700	1200	1600	100	450	950	1400
VG 3	0	0	300	900	0	0	150	600
LG 1+3 en ZG 1	0	100	200	300	0	50	150	250
GGZ 1	100	300	400	600	50	200	350	500
GGZ 2	400	1100	1900	2600	200	750	1500	2250

[12] Omgerekend uit: VWS - Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg, bijlage I: uitwerking langer thuis wonen

Bijlage 4: Methodiek voor indelen patiënten in kostenhomogene prestaties

Het vaststellen van de grenzen van de drie integrale prestaties in segment 2 en het maken van de impactanalyse bij deze grenzen bestaat uit zes stappen:

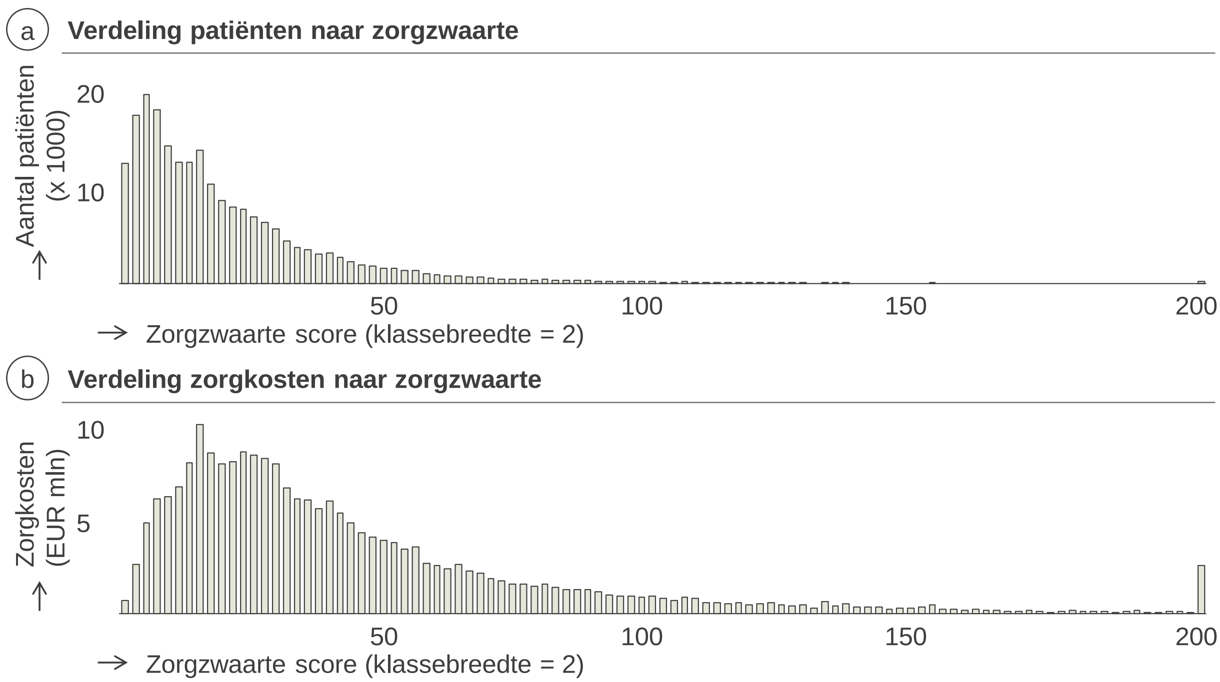
1. Analyseren spreiding zorgkosten onder totale patiëntenpopulatie
2. Indelen patiënten in kostenhomogene groepen
3. Excluderen van patiënten met zeer hoge zorgzwaarte
4. Bepalen van minimale kostenhomogeniteitgegeven het aantal prestaties
5. Bepalen uren en deskundigheid per prestatie
6. Correctie uren en deskundigheid om aan te sluiten bij 2016

Hieronder volgt een beschrijving van elke stap.

1. Analyse spreiding zorgkosten onder totale patiëntenpopulatie

Voor de analyses zijn datasets van Vektis en CAK gehanteerd. Deze datasets bevatten voor de jaren 2012 en 2013 alle gedeclareerde uren extramurale verpleging en verzorging (PV, VP, PV speciaal, VP speciaal, PV extra, VP extra, AIV (voor zover per uur gedeclareerd)) die onder de AWBZ vallen.

We hanteren de zorgkosten als de maat voor de zorgzwaarte. Uit de dataset zijn de zorgkosten per patiënt per periode te berekenen. Onderstaande histogrammen geven de verdeling van het aantal patiënten naar zorgzwaarte en de totale zorgkosten per zorgzwaarte in een periode van 4 weken (Figuur 1). De Vektis dataset bestaat uit maanden. Om de impact per vierweekse periode te bepalen hebben we alle uren en bedragen gecorrigeerd met een factor 0,93 (28 dagen / 30 dagen). Uit deze histogrammen blijkt duidelijk dat de meerderheid van de patiënten en de zorgkosten zich aan de 'linkerkant' bevindt. De zorgkosten zijn derhalve scheef verdeeld: er zijn veel patiënten met een vergelijkbare (lichte) zorgzwaarte en er is een lange staart van (een klein aantal) patiënten met sterk uiteenlopende hoge zorgzwaarte.



Figuur 1 - Spreiding van patiënten en zorgkosten naar kosten per patiënt per periode van 4 weken

De zorgzwaarte drukken we uit in een zorgzwaartescore in plaats van euro's. De zorgzwaartescore van een patiënt volgt direct uit het aantal uren en de rekenfactoren van de benodigde deskundigheidsniveaus. De rekenfactoren voor de deskundigheidsniveaus hebben we bepaald aan de hand van de uurtarieven. Hierbij hebben we het uurtarief PV genormaliseerd op 1 en het uurtarief VP onderverdeeld in niveau 4 en 5, op basis van de verhouding in loonkosten tussen niveau 4 en niveau 5 (op basis van de CAO voor 2014) en het aantal werkzame verpleegkundigen binnen deze niveaus (zie tabel 1 en 2).

Tabel 1. Verhouding loonkosten tussen de deskundigheidsniveaus op basis van gemiddelde salarisschalen

Deskundigheidsniveau	FWG	Schaal (midden)	Kosten per uur (EUR)
Niveau 3	35	5	13,45
Niveau 4	40	5	15,04
Niveau 5	45	4	17,04

Tabel 2. Verhouding werkzame verpleegkundigen binnen functies[13].

Type zorg	% niveau 3	% niveau 4	% niveau 5	Uurtarief 2014 (basis, EUR)
PV	100%	0%	0%	51,35
VP	0%	71%	29%	76,02

[13] Deze verhouding zijn gebaseerd op twee onderzoeken naar het opleidingsniveau van verplegend en verzorgend personeel in de thuiszorg (1) NIVEL - 'Vraag en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland' (2011) (2) PRISMANT – 'Werknemersonderzoek' (2009)

Hiermee komen we tot de volgende rekenfactoren per deskundigheidsniveau:

- Deskundigheidsfactor niveau 3 = 51,35 * 13,45 / (100% * 13,45) = 51,35 → genormaliseerd = 1
- Deskundigheidsfactor niveau 4 = 76,04 * 15,04 / (71% * 15,04 + 29% * 17,04) = 73,16 → genormaliseerd = 1,42 (73,16 / 51,35)
- Deskundigheidsfactor niveau 5 = 76,04 * 17,04 / (71% * 15,04 + 29% * 17,04) = 82,89 → genormaliseerd = 1,61 (82,89 / 51,35)

Deze rekenfactoren zijn afhankelijk van de uurtarieven en zijn daarom voorlopige rekenfactoren. Bij nieuwe tariefstelling door de NZa moeten deze opnieuw bepaald worden.

2. Indelen in kostenhomogene groepen

Uitgangspunt voor het vaststellen van prestaties is dat deze kostenhomogeen moeten zijn. De kostenhomogeniteit is afhankelijk van waar de grenzen tussen de prestaties liggen. We lichten hier de methode voor het vaststellen van de grenzen en de methode voor het berekenen van de kostenhomogeniteit toe.

2.1 Methode voor berekenen kostenhomogeniteit

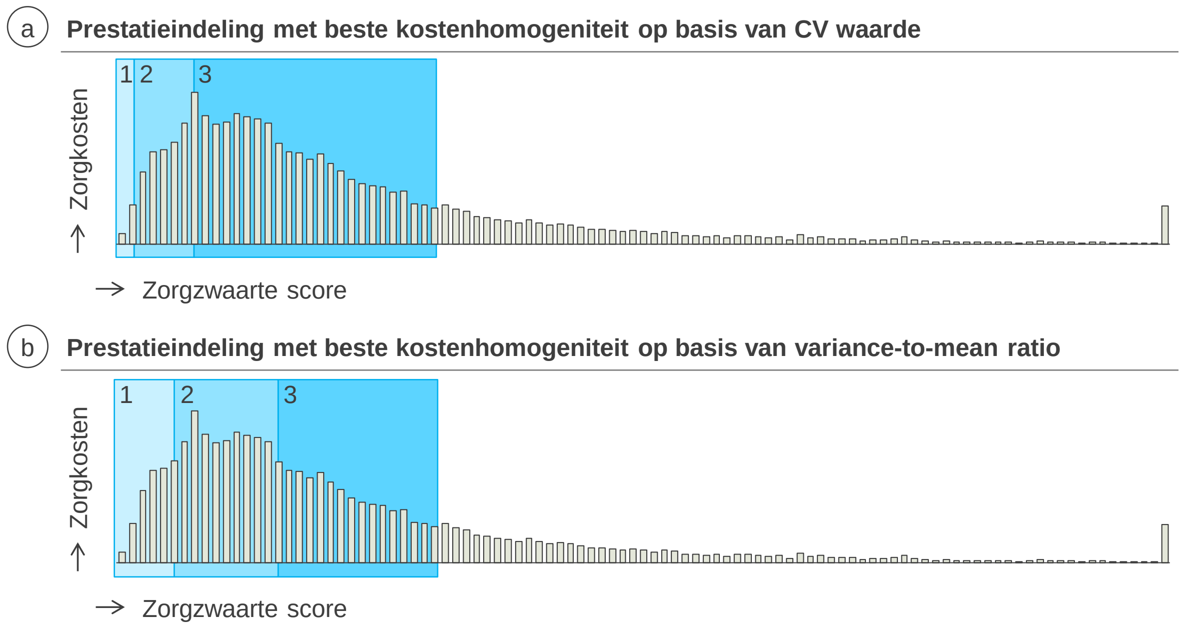
Er bestaan verschillende methodieken om de (kosten)homogeniteit te bepalen. We hebben voor twee methodieken de toepasbaarheid op zorgprestaties voor extramurale verpleging en verzorging onderzocht: de variance-to-mean ratio (VMR) en de CV waarde. Dit zijn beiden genormaliseerde maten om de spreiding binnen een verdeling uit te drukken. Beide maten zijn afgeleid van de standaardafwijking (σ) en het groep gemiddelde (μ):

$$CV = \frac{\sigma}{\mu}$$

$$VMR = \frac{\sigma^2}{\mu} = \frac{\text{variantie}}{\mu}$$

Het verschil is dat in de VMR de standaardafwijking gekwadrateerd wordt. Het gevolg hiervan is dat in de VMR de standaardafwijking (spreiding) zwaarder meeweegt dan in de CV waarde. In de CV waarde weegt juist het groepsgemiddelde (μ) relatief zwaarder. Theoretisch gezien is er geen juiste methode, daarom hebben we beide getoetst op de dataset om te bepalen welke methode het meest geschikt is voor de indeling in prestaties.

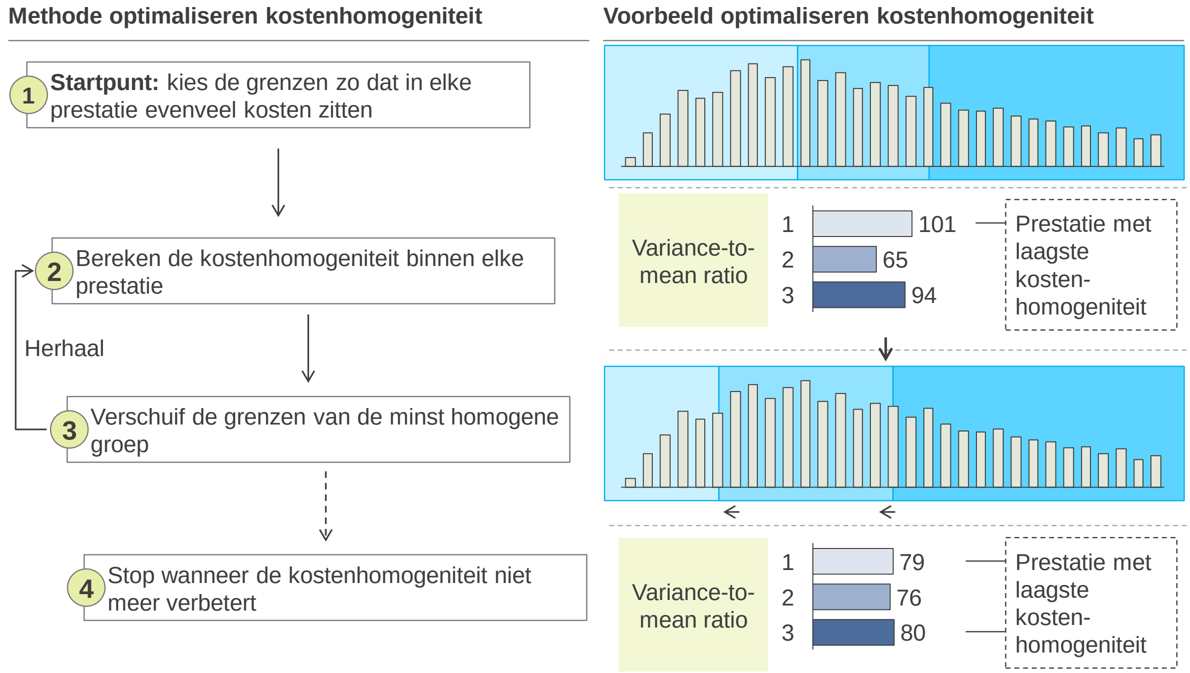
Prestatieindeling obv een minimale CV waarde geeft relatief kleine prestaties met lichte patiënten een relatief grote prestatie voor zware patiënten (zie figuur 2a). De absolute spreiding in de zware groepen is dan relatief groot (niet homogeen).
Prestatieindeling obv een minimale VMR geeft prestaties met een gelijkere absolute grootte (zie figuur 2b). De absolute homogeniteit in euro's is voor deze methode beter. Wij hebben er daarom voor gekozen deze methode te hanteren bij het vaststellen van de prestatiegrenzen.



Figuur 2 - Afkappunten 3 prestaties bij minimaliseren CV waarde (a) of Variance-to-mean ratio (b)

2.2 Methode voor vaststellen prestatiegrenzen

De prestatiegrenzen waarbij de kostenhomogeniteit optimaal is hebben we door handmatige aanpassing vastgesteld. Een geautomatiseerde methode is niet goed mogelijk. Figuur 3 laat het stapsgewijze proces zien voor het bepalen van de prestatiegrenzen.



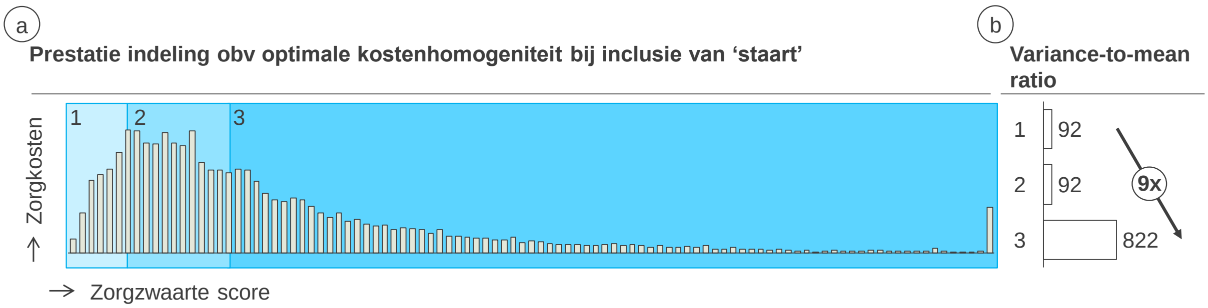
Figuur 3 – Schematische weergave bepalen prestatiegrenzen met optimale kostenhomogeniteit

3. Excluderen van patiënten met zeer hoge zorgzwaarte (staart)

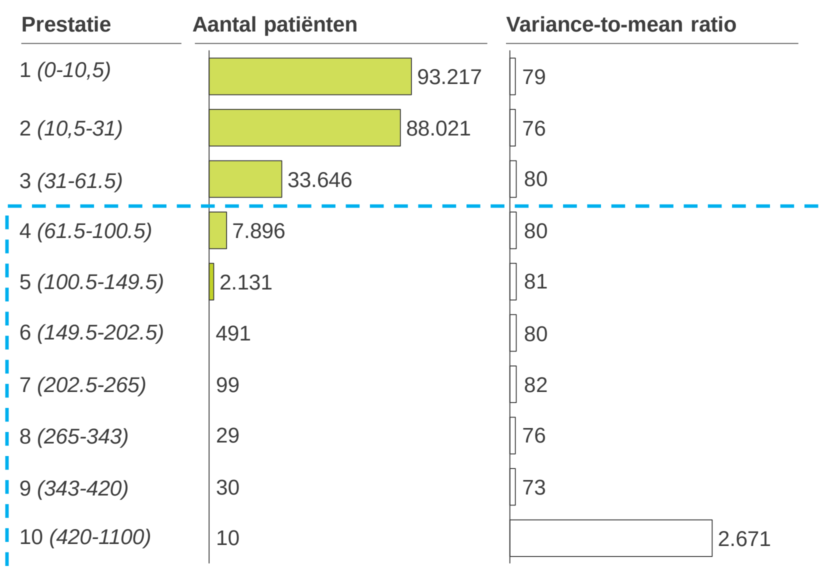
De analyse van de verdeling van de zorgzwaarte laat zien dat er een kleine groep patiënten is met een zeer hoge zorgzwaarte, waarbinnen een grote mate van variatie in zorgzwaarte bestaat.

Het is niet goed mogelijk deze patiënten te vatten in een beperkt aantal kostenhomogene prestaties. Figuur 4a illustreert dit bij een systeem met drie prestaties: je zou een enorme bandbreedte krijgen in prestatie drie met een zeer lage kostenhomogeniteit. Dat is duidelijk zichtbaar in de VMR-ratio. Het is niet mogelijk alle patiënten te vatten in drie prestaties met dezelfde VMR-ratio. De optimale VMR-ratio voor de ‘staart’ is 822. Dit is 9x hoger dan de kostenhomogeniteit van prestatie 1 en 2 (zie figuur 4b).

Om patiënten met een hoge zorgzwaarte in kostenhomogene prestaties te vatten zouden zeven extra prestaties nodig zijn (in totaal 10). Hierbij is het niet mogelijk de zevende prestatie even kostenhomogeen te laten zijn als de overige prestaties (zie figuur 5). Toevoegen van deze prestaties is moeilijk te verenigen met wens van veldpartijen om een beperkt aantal prestaties te hanteren. Om deze reden is voor deze patiënten een aparte oplossing nodig.



Figuur 4 - Prestatieindeling segment 2 bij inclusie van de 'staart' in de prestaties



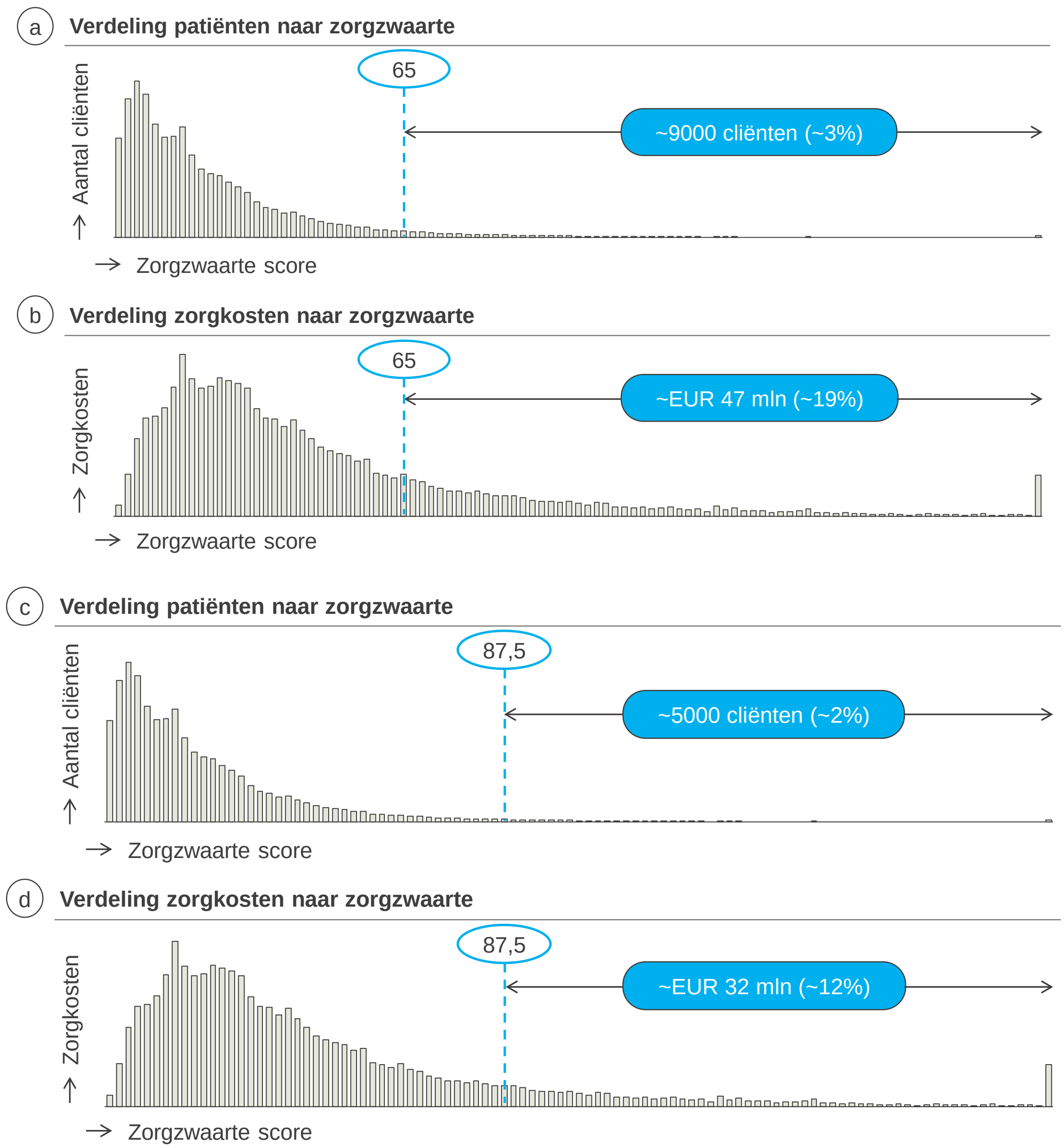
Figuur 5 - Indeling patiënten met zeer hoge zorgzwaarte in kostenhomogene prestaties. Het blauw gestippelde kader geeft prestaties in de staart weer.

3.2 Bepalen afkappunt staart

Om te komen tot een valide afkappunt waarboven we spreken van patiënten met zeer hoge zorgzwaarte hebben we gekeken naar de normaalverdeling en de Wlz zorgzwaartepakketten.

De eerste methode is om het afkappunt voor de staart op statistische wijze te bepalen. Wanneer het afkappunt gelegd wordt op de gemiddelde zorgzwaarte in de verdeling plus tweemaal de standaarddeviatie (zie tabel 2) ligt het afkappunt op zorgzwaarte score 65. De gemiddelde zorgzwaartescore is namelijk 20,7 en de standaarddeviatie is 22,3.

Wanneer het gemiddelde plus driemaal de standaarddeviatie wordt gekozen komt het afkappunt te liggen op 87,5. Figuur 6 geeft de positie van het afkappunt in de verdeling weer.

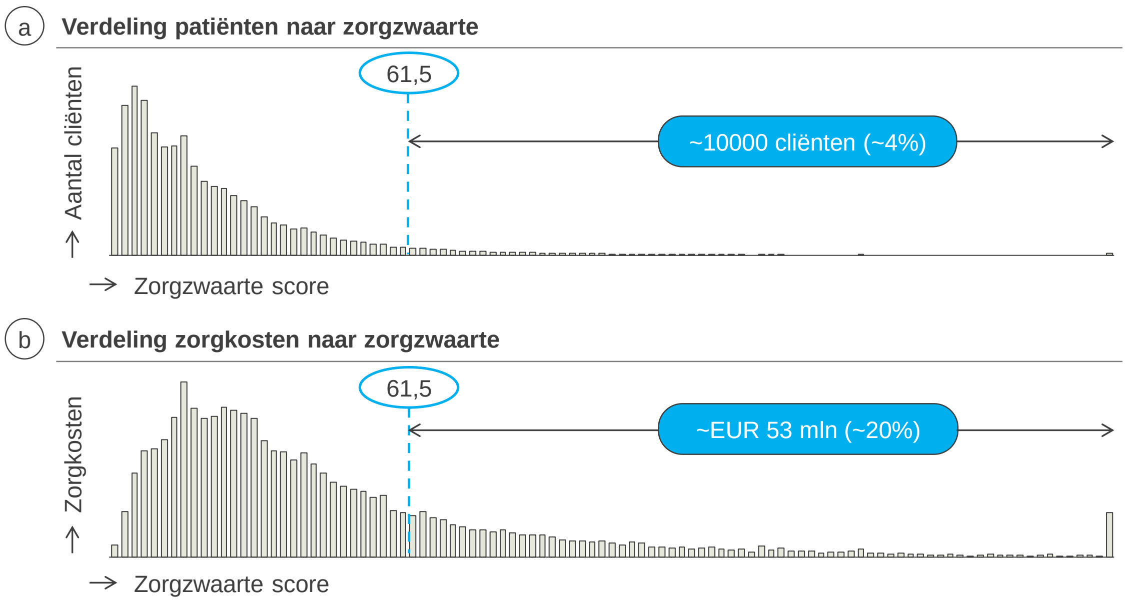


Figuur 6 - Afkappunt voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte op basis van gemiddelde plus tweemaal de standaarddeviatie (a en b) en gemiddelde plus driemaal de standaarddeviatie (c en d)

Een andere methode is een vergelijking maken met de Wlz. Hierbinnen geldt dat ZZP-8 bedoeld is voor patiënten met “zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging”. Deze definitie geeft aan dat het hier gaat om patiënten met zeer hoge zorgzwaarte. Patiënten met ZZP-8 krijgen gemiddeld 13,4 uur verpleging en verzorging per week, afgerond op 2 uur per dag. Het afkappunt ligt dan op zorgzwaartescore 61,5. Figuur 7 geeft de positie van het afkappunt in de zorgzwaarte verdeling van patiënten en zorgkosten weer. Bij het gekozen afkappunt zijn er ongeveer 10.000 patiënten in een

periode van 4 weken met zeer hoge zorgzwaarte. In totaal maken zij ongeveer 53 miljoen euro aan zorgkosten per periode van 4 weken, ongeveer 20% van het totaal.

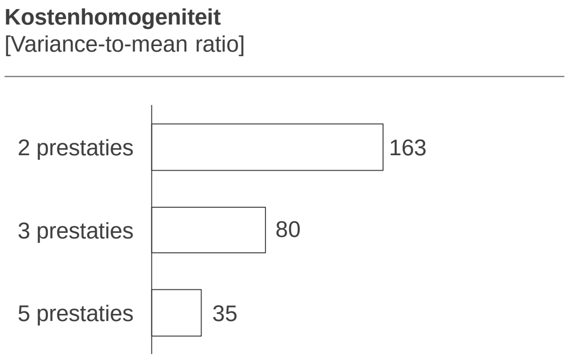
Wij hanteren het afkappunt bij zorgzwaartescore 61,5 omdat uit de huidige verdeling van zorg blijkt dat dit ongeveer het begin van 'de staart' is van mensen die meer zorg krijgen. Daarbij is deze grens gelijk aan ZZP8, de ZZP met de meeste verpleging en verzorging. Wij vinden het onlogisch om een product te introduceren binnen de verpleging en verzorging waarin standaard meer zorg geleverd kan worden dan in de zwaarste intramurale ZZP binnen de Wlz, zeker als het patiënten betreft die langdurig in zorg zijn.



Figuur 7 - Afkappunt voor patiënten met zeer hoge zorgzwaarte op basis van uren in ZZP 8

4. Bepalen van kostenhomogeniteit voor beperkt aantal prestaties

In afstemming met de expert- en klankbordgroep zijn scenario's met 2, 3 en 5 prestaties onderzocht. Een belangrijk criterium bij de keuze was de kostenhomogeniteit van de verschillende scenario's. Figuur 8 geeft een overzicht van de optimale variance-to-mean ratio's per prestatie.



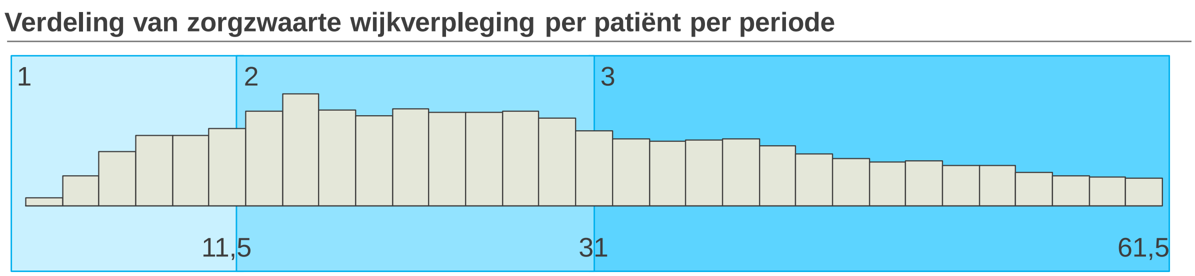
Figuur 8 - Vergelijking kostenhomogeniteit per prestatie in scenario's met twee, drie of vijf prestaties. Voor elk scenario is de VMR-ratio van de minst kostenhomogene prestatie weergegeven.

5. Bepalen uren en deskundigheid per prestatie

5.1 Afkappunten per prestatie

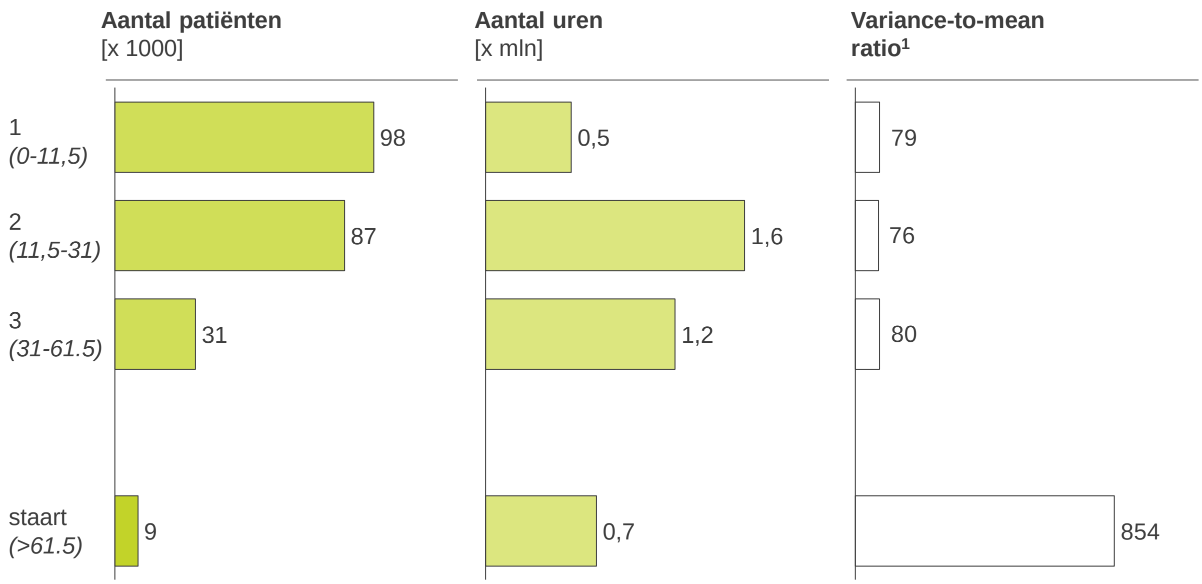
De hierboven beschreven methodiek geeft voor elk scenario de grenzen per prestatie. Ter illustratie werken we het scenario met drie prestaties hieronder verder uit. Bij 3 prestaties is er een optimale kostenhomogeniteit bij de volgende indeling (zie figuur 9):

- Prestatie 1 – patiënten met lage zorgzwaarte: 0 – 11,5
- Prestatie 2 – patiënten met gemiddelde zorgzwaarte: 11,5 – 31
- Prestatie 3 – patiënten met hoge zorgzwaarte 31 – 61,5



Figuur 9 - Prestatieindeling segment 2 bij 3 prestaties

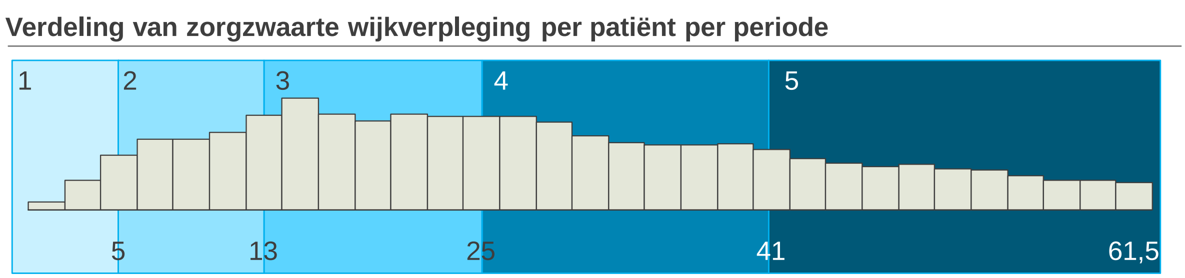
Bij deze indeling vallen uitgaande van een prestatieduur van 4 weken de meeste patiënten in de prestatie met de lage zorgzwaarte (ca. 94.000), maar de meeste kosten in de prestatie met gemiddelde zorgzwaarte (ca. EUR 85 mln). Alle drie de prestaties hebben vrijwel dezelfde Variance-to-mean ratio, dit betekent dat de kostenhomogeniteit voor de drie prestaties optimaal is (zie figuur 10).



Figuur 10 - Aantal patiënten, kosten en aantal uren per periode en variance-to-mean ratio voor de drie prestaties en de 'staart' in segment 2

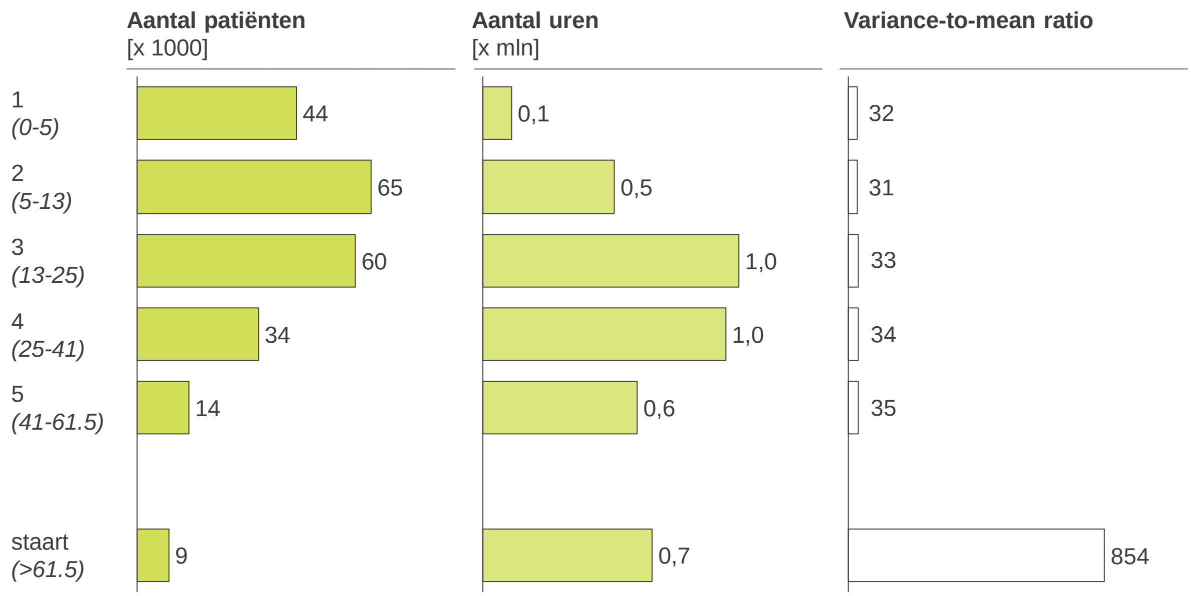
Bij 5 prestaties is er een optimale kostenhomogeniteit bij de volgende indeling (zie figuur 11):

- Prestatie 1 – patiënten met zeer lage zorgzwaarte: 0 – 5
- Prestatie 2 – patiënten met lage zorgzwaarte: 5 – 13
- Prestatie 3 – patiënten met gemiddelde zorgzwaarte: 13 – 25
- Prestatie 4 – patiënten met hoge zorgzwaarte: 25 – 41
- Prestatie 5 – patiënten met zeer hoge zorgzwaarte: 41 – 61,5



Figuur 11 - Prestatieindeling segment 2 bij 5 prestaties

Bij deze indeling vallen uitgaande van een prestatieduur van 4 weken de meeste patiënten in de prestatie met de lage zorgzwaarte (ca. 62.000), maar de meeste uren in de prestaties met gemiddelde en hoge zorgzwaarte (ca. 1 miljoen uren). Alle vijf de prestaties hebben vrijwel dezelfde Variance-to-mean ratio, dit betekent dat de kostenhomogeniteit voor de vijf prestaties optimaal is (zie figuur 11).



Figuur 12 - Aantal patiënten, kosten en aantal uren per periode en variance-to-mean ratio voor de vijf prestaties en de 'staart' in segment 2

5.2 Vaststellen gemiddelde deskundigheid per prestatie

Uit de Vektis en CAK datasets is niet direct af te leiden welk deskundigheidsniveau nodig is. Wel zit in deze datasets de productie op 'oud' prestatieniveau (PV/VP basis, extra, speciaal). We hebben de volgende aannames gebruikt hieruit om de uren per deskundigheidsniveau af te leiden:

- Voor PV basis en extra is een deskundigheidsniveau niveau 3 nodig
- Voor PV speciaal en VP is deskundigheidsniveau 4 of 5 (of hoger) nodig
- De beroepsmatige verhouding tussen niveau 4 en 5 (of hoger) verpleegkundigen is 71% niveau 4 en 29% niveau 5 (of hoger), zo blijkt uit complementaire onderzoeken uitgevoerd door NIVEL en Prismant[14]. We hebben van alle uren PV speciaal en VP dus 71% toegekend aan niveau 4 en 29% aan niveau 5 of hoger (tabel 3).

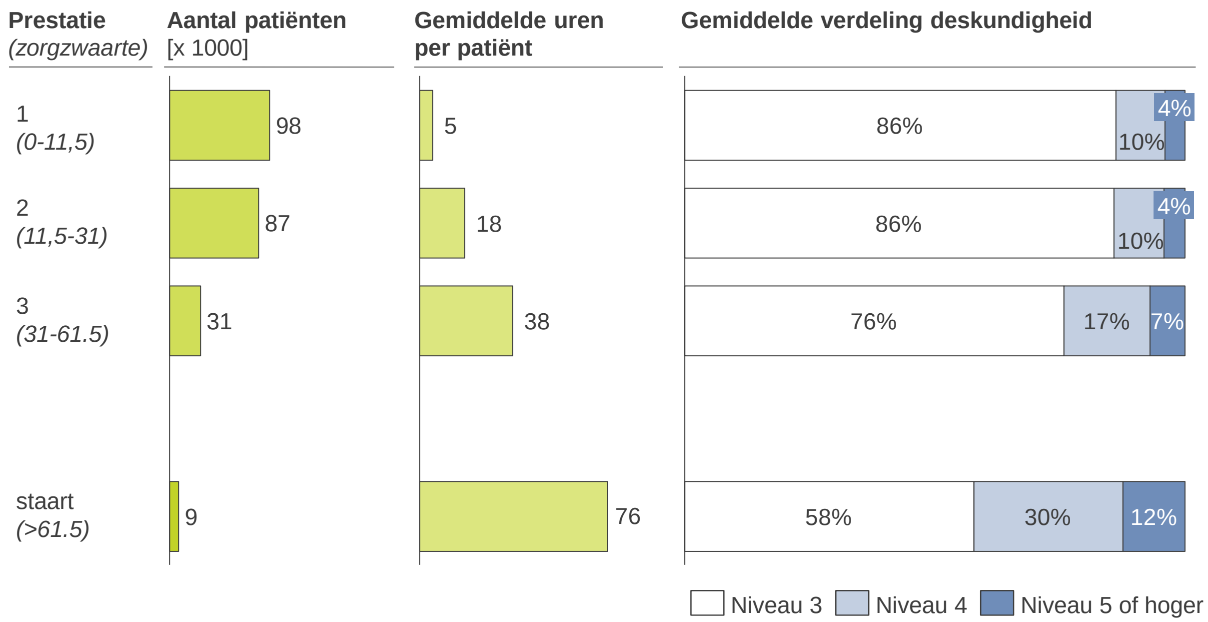
Tabel 3 - Verdeelsleutel uren PV en VP naar deskundigheidsniveaus

Type zorg	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
PV basis / extra	100%	0%	0%
PV speciaal / VP	0%	71%	29%

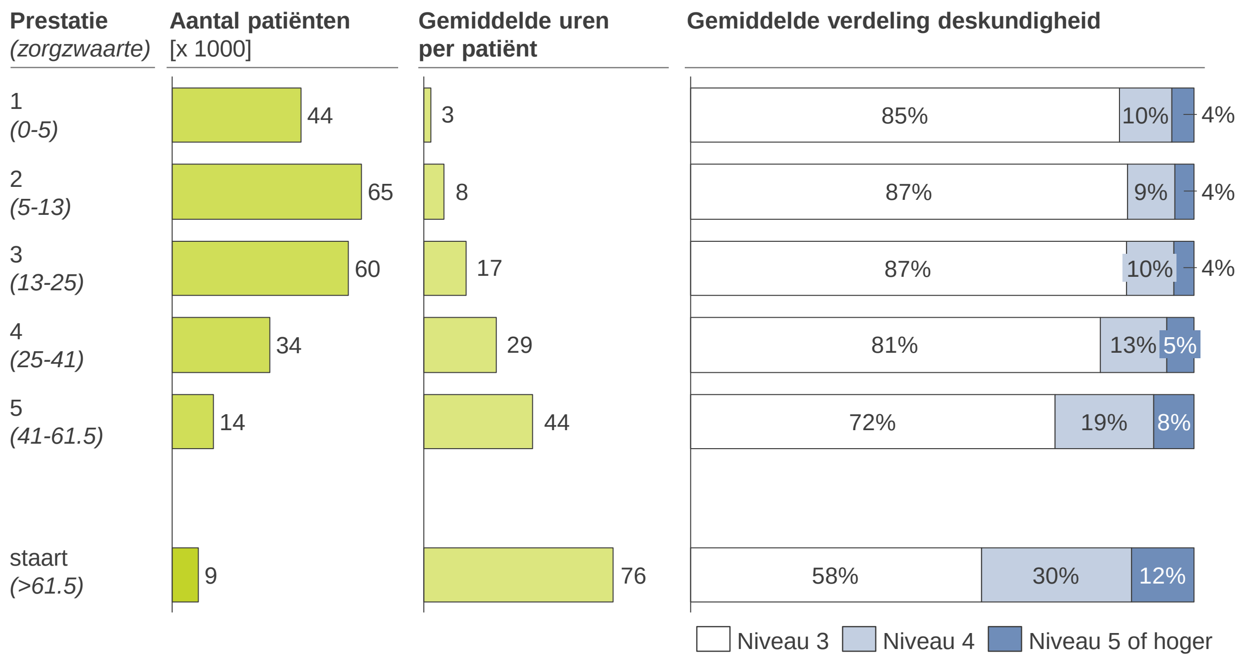
5.3 Uren en deskundigheid per prestatie

Vervolgens hebben we per prestatie de gemiddelde uren en deskundigheid berekend voor 3 en 5 prestaties (Figuur 13 en 14).

[14] Deze percentages worden ondersteund door twee onderzoeken naar het opleidingsniveau van verplegend en verzorgend personeel in de thuiszorg (1) NIVEL - 'Vraag en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland' (2011) (2) PRISMANT – 'Werknemersonderzoek' (2009)



Figuur 13 - Gemiddelde uren en verdeling van deskundigheidsniveau per patiënt voor de drie prestaties en de 'staart' in segment 2



Figuur 14 - Gemiddelde uren en verdeling van deskundigheidsniveau per patiënt voor de vijf prestaties en de 'staart' in segment 2

6. Correctie uren en deskundigheid om aan te sluiten bij 2016

De in 2012-2013 gedeclareerde uren verpleging en verzorging sluiten echter niet één op één aan op het budgettair kader verpleging en verzorging in 2016. Om hierbij aan te sluiten hebben wij een correctie uitgevoerd voor de volgende effecten:

- Toevoeging van MSVT aan de extramurale verpleging en verzorging
- Toevoeging van begeleiding bij palliatieve zorg aan extramurale verpleging en verzorging
- Instroom van extra patiënten door extramuralisering van ZZP 1 tot en met 4

Daarnaast hebben we een correcte gemaakt voor uren verblijf en vervoer voor intensieve kindzorg die niet uit de integrale prestaties maar via de aparte verblijfprestaties bekostigd gaat worden.

6.1 Toevoeging van MSVT aan de extramurale verpleging en verzorging

Aangezien we geen dataset ter beschikking hebben met daarin het jaarlijkse zorgverbruik van alle patiënten met MSVT is het niet mogelijk MSVT patiënten direct in te delen in de drie prestaties. Om toch het effect van MSVT mee te nemen hebben we een indirecte methode gehanteerd. In het ‘Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging’ is voor MSVT in 2016 een jaarlijks budget van 60 miljoen euro opgenomen. Dit bedrag hebben wij als uitgangspunt genomen.

We hebben een selectie van verzekeraarsdata geëxtrapoleerd om een inschatting te maken van de gemiddelde kosten, gemiddelde uren en inzet van deskundigheidsniveaus.

6.2 Toevoeging van begeleiding bij palliatieve zorg aan extramurale verpleging en verzorging

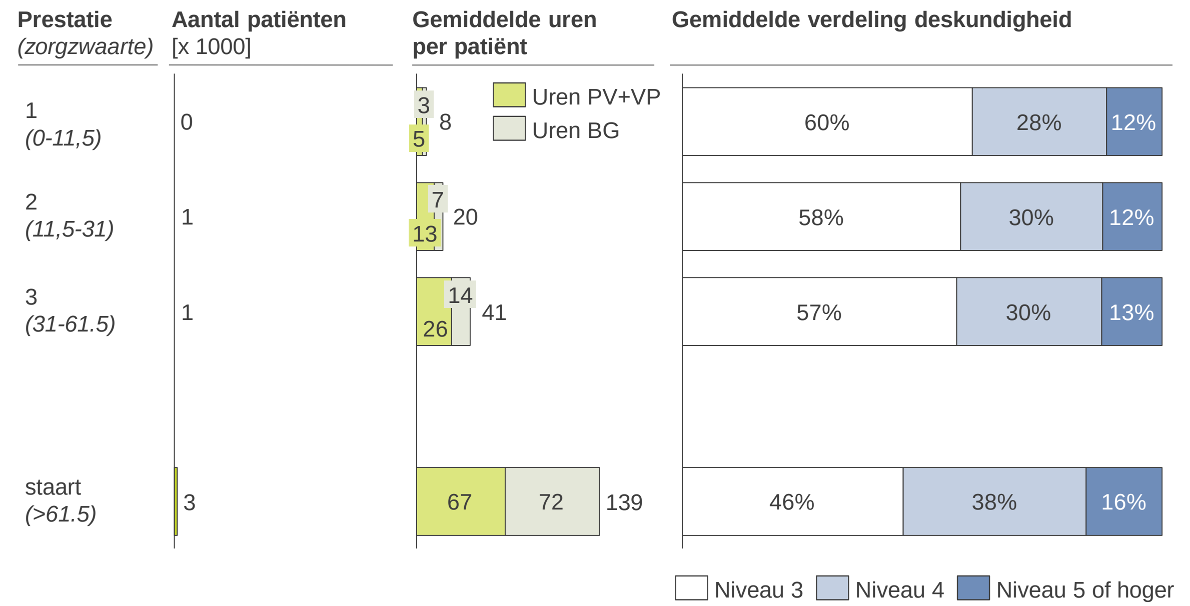
De Vektis en CAK dataset bevatten geen patiënttyperingen. Daarom is het niet mogelijk om alle palliatief terminale patiënten in deze datasets te selecteren en analyseren. Om toch een inschatting te kunnen maken van gemiddeld zorggebruik en deskundigheid van palliatief terminale patiënten en ze zo te kunnen verdelen over de prestaties hebben we onderstaande benadering gehanteerd.

We hebben palliatief terminale patiënten geïdentificeerd in de CAK data aan de hand van twee criteria:

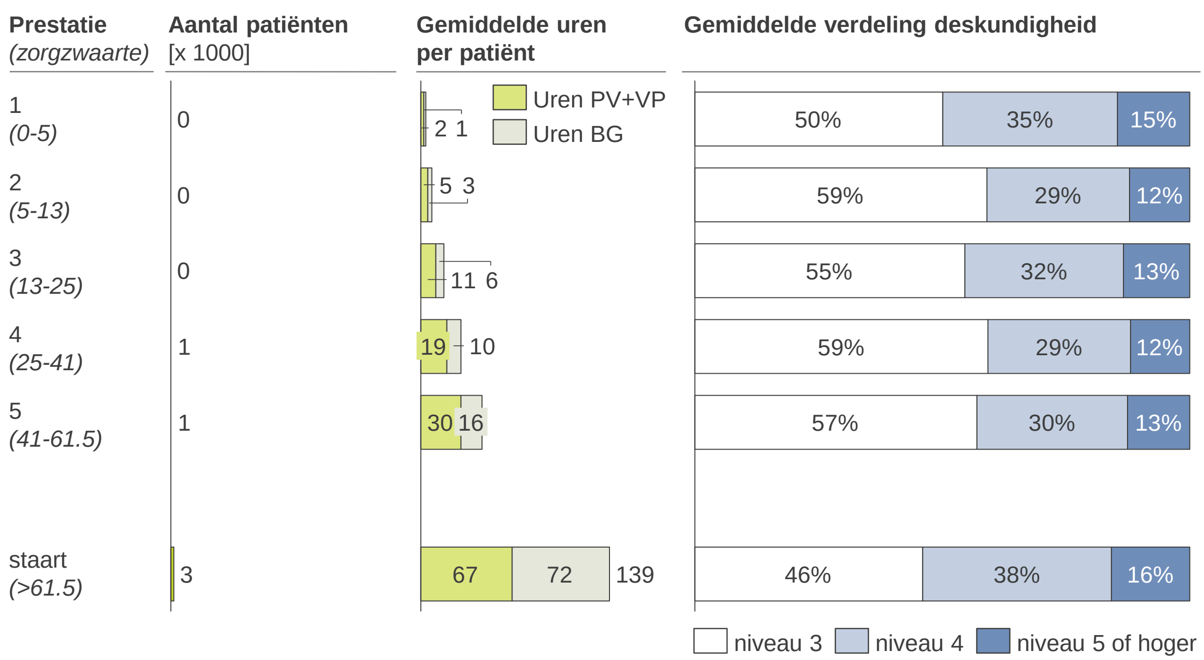
- Patiënten die verpleging, verzorging en begeleiding krijgen
- Patiënten waarvan de zorg binnen twee maanden na het peilmoment beëindigd is

Deze selectiecriteria doen recht aan de kenmerken van palliatief terminale zorg dat hierin uren PV, VP en BG gedeclareerd worden en dat deze kortdurend is. Wel benadrukken we dat deze methode een benadering blijft. Bij het afleiden van de deskundigheidsniveaus uit de uren PV en VP is de methode gehanteerd zoals beschreven in paragraaf 5.2. Om de impact van de toevoeging van de volledige 170 miljoen euro aan palliatief terminale begeleiding te bepalen zijn de patiëntaantallen en uren zorg uit de gemiddelde patiëntprofielen

geëxtrapoleerd[15] naar dit totaalbedrag. Figuur 15 geeft de verdeling van palliatief terminale patiënten over drie prestaties weer. Figuur 16 geeft de verdeling over 5 prestaties.



Figuur 15 - Gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus bij 3 prestaties voor palliatief terminale patiënten



Figuur 16 - Gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus bij 5 prestaties voor palliatief terminale patiënten

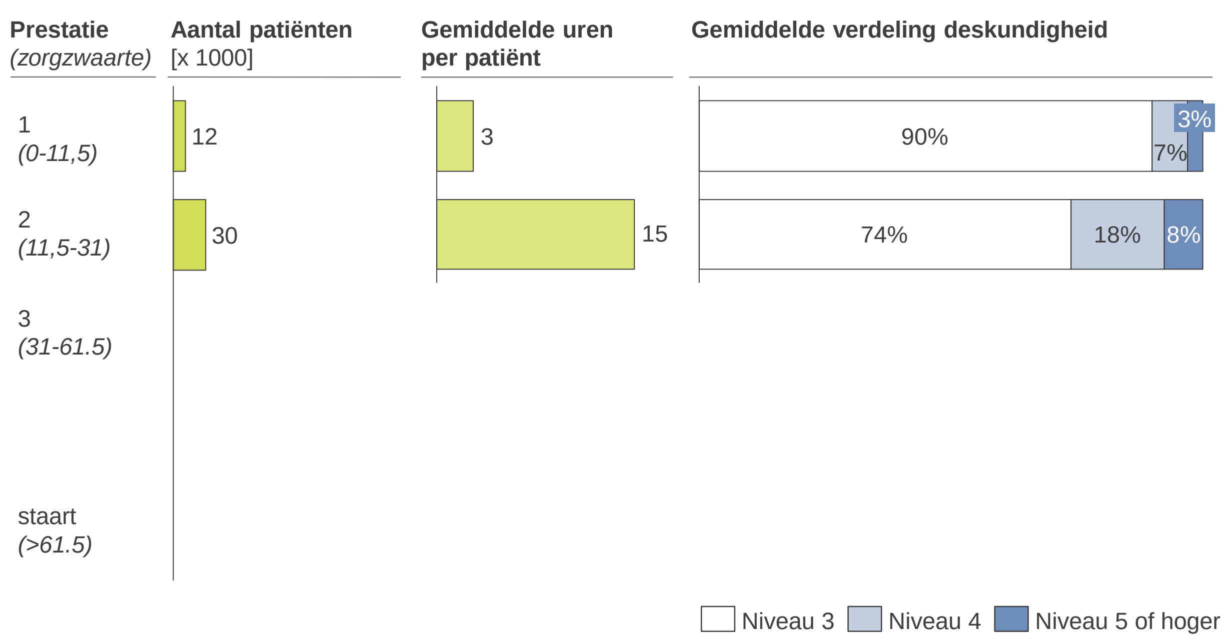
[15] Aan de hand van een omrekenfactor van 1,3 (=100%/75%). Dus als er bijvoorbeeld op basis van CAK data 100 uur pallatief terminale begeleiding in een prestatie valt verdeeld over 10 patiënten dan zijn de geëxtrapoleerde aantallen 130 uur en 13 patiënten. Het gemiddelde aantal uur per patiënt (en de gemiddelde deskundigheid) blijven dus hetzelfde.

De intensieve aard van palliatief terminale zorg is zichtbaar in de verdeling van de patiënten over de prestaties. Het merendeel van de palliatief terminale patiënten valt onder de patiënten met zeer hoge zorgzwaarte (‘staart’). Daarnaast geldt voor palliatieve verpleging en verzorging dat deze gemiddeld door een hoger deskundigheidsniveau wordt geleverd dan de ‘gewone’ verpleging en verzorging.
Bij toerekening van de palliatief terminale begeleiding aan de prestatiegemiddelden zijn alleen de uren begeleiding en bijbehorende kosten meegenomen. De patiënten zijn niet toegerekend, deze zitten namelijk al in de Vektis dataset (op basis van de verpleging en verzorging die zij ontvangen). Wel komt een deel van de patiënten door toevoeging van de uren begeleiding in een andere prestatie te vallen. Hiervoor is gecorrigeerd. Toevoeging van palliatieve begeleiding leidt tot een verzwaring van de gemiddelde patiëntprofielen van de prestaties, omdat er meer uren bijkomen die bovendien een hoger deskundigheidsniveau hebben.

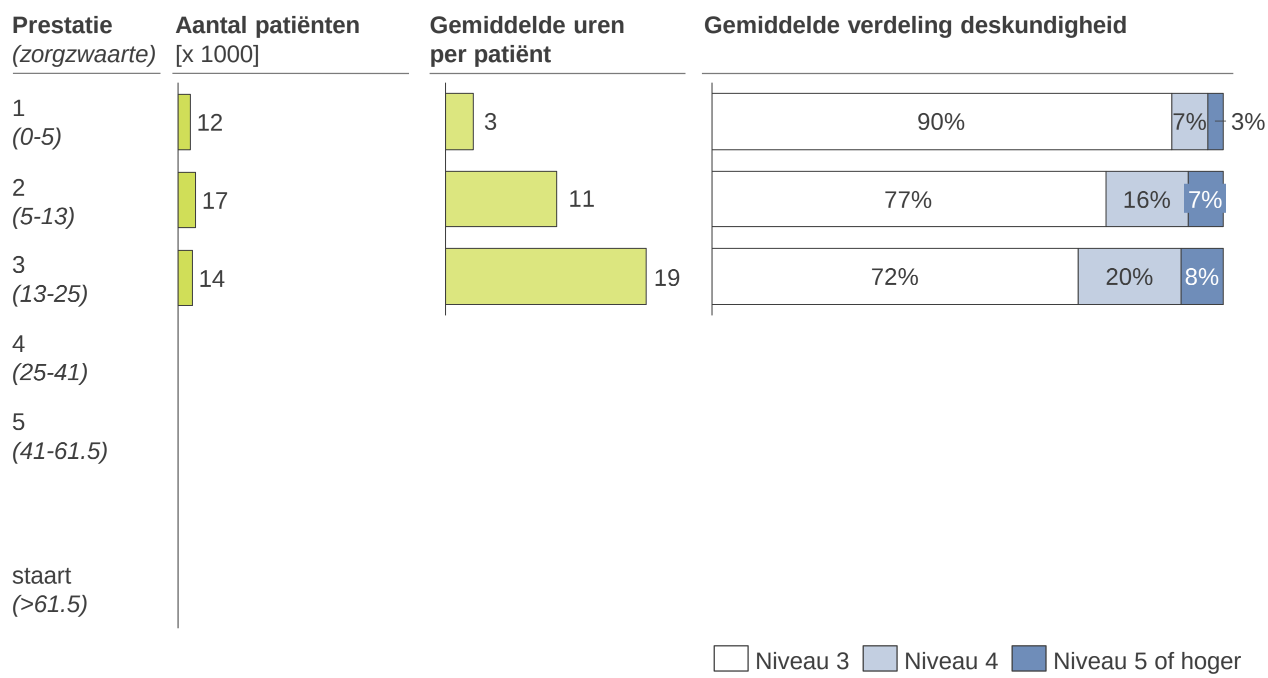
6.3 Instroom van extra patiënten door extramuralisering van ZZP 1 tot en met 4

Het is niet mogelijk de precieze impact te bepalen van patiënten die niet uitstromen of wellicht extra instromen door de geplande extramuralisering van de lichte ZZP’s. Het gaat namelijk om toekomstige patiënten, waardoor we niet op patiëntniveau het zorggebruik kunnen vaststellen.

Om toch een inschatting van de impact te maken hebben we de door VWS geraamde patiëntaantallen en gemiddelde zorgprofielen van de ZZP’s (uren PV en VP) als uitgangspunt genomen. Zie ook bijlage 3. Bij het afleiden van de deskundigheidsniveaus uit de uren PV en VP is de methode gehanteerd zoals beschreven in paragraaf 5.2. Figuur 17 en 18 geven de verdeling van de patiënten die langer thuis blijven wonen weer.



Figuur 17 - Gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus voor 3 prestaties voor patiënten die langer thuis blijven wonen



Figuur 18 - Gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus bij 5 prestaties voor patiënten die langer thuis blijven wonen

De extramuraliseringsplannen zijn van toepassing op de ZZP's 1 tot en met 4. Dit zijn over het algemeen patiënten met een klein deel lichte en een groot deel gemiddelde problematiek.

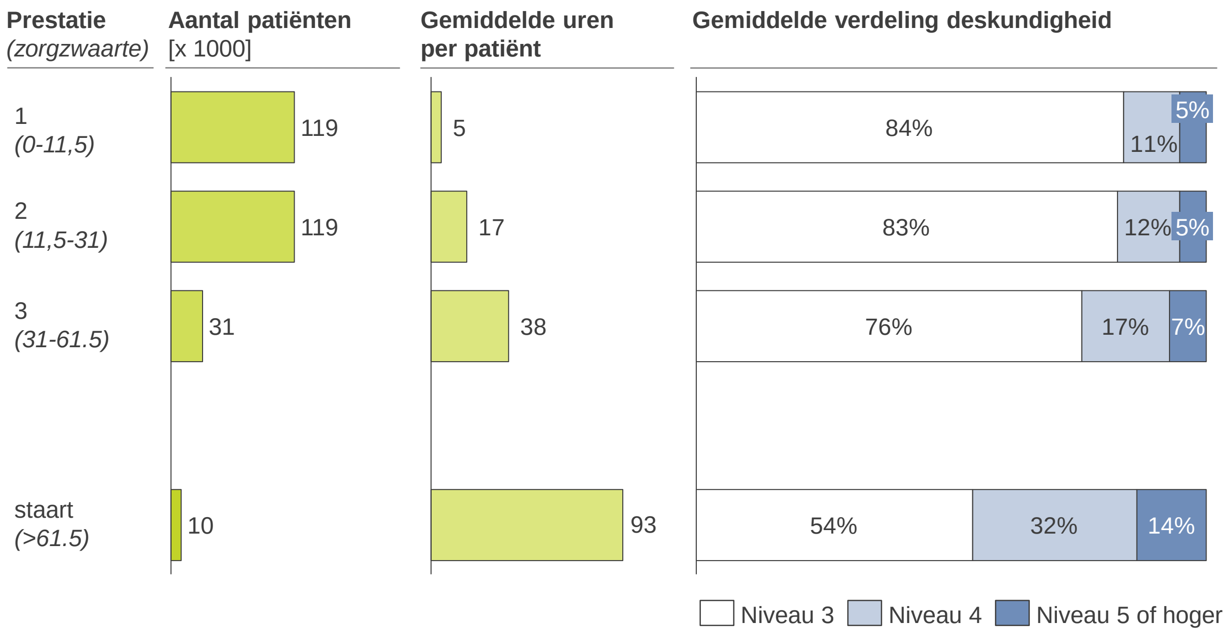
6.4 Correctie voor verblijf en vervoer Intensieve kindzorg: uren VP en PV gebruikt als bekostiging voor verblijf vervoer en pedagogische ondersteuning

In de voorgestelde uitwerking voor segment 2 benoemen wij twee aparte prestaties voor verblijf en vervoer bij intensieve kindzorg. In de 'oude' situatie tot en met 2014 mochten instellingen die intensieve kindzorg leveren verblijf en vervoer declareren via uren PV en VP. De corresponderende uren moeten dus uit de prestaties gehaald worden en apart worden gezet in de verblijfsprestaties.

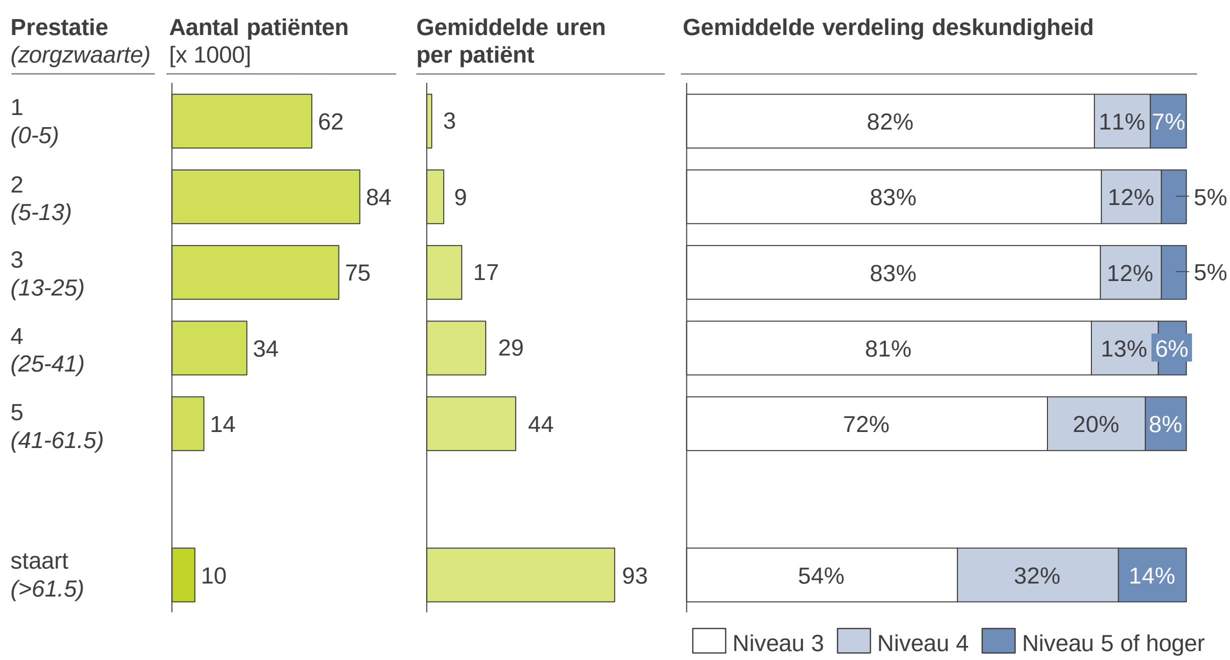
Op basis van kostenstaten van verpleegkundige kinderdagverblijven en kinderhospices leiden wij af dat 20-25% van de totale kosten direct toe te schrijven zijn aan verblijf. Dit zou op basis van de herschikkingsafspraken over de IKZ zorg in natura uitgaven uitkomen op vijf tot zeven miljoen euro per jaar. Per periode gaat het dan om ongeveer een half miljoen euro. Hieruit concluderen we dat corrigeren voor verblijf geen noemenswaardige impact heeft op de prestatieindeling.

6.5 Prestatiegemiddelden waarin MSVT, begeleiding PTZ, verblijf en vervoer kindzorg en extra instroom door extramuralisering verdisconteerd zijn

Figuur 19 en 20 geven de gemiddelde uren en deskundigheid voor 3 en 5 prestaties weer na verdiscontering van alle bovengenoemde effecten.



Figuur 19 - Gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus bij 3 prestaties na verdiscontering van alle effecten



Figuur 20 - Gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus bij 5 prestaties na verdiscontering van alle effecten

Vergelijking van de gemiddelden per prestatie in figuur 19 en 20 met de prestatiegemiddelden op basis van de Vektis data (figuur 13 en 14) laat zien dat verdiscontering van alle effecten zorgt voor lichte verschuivingen. In prestaties met lichte tot gemiddelde zorgzwaarte er weliswaar een groot aantal patiënten bij, maar deze hebben weinig effect op de gemiddelde uren en deskundigheid in deze prestaties. Toevoeging van de uren begeleiding bij palliatief terminale zorg leidt ertoe dat het aantal cliënten met zeer hoge zorgzwaarte (patiënten in de ‘staart’) toeneemt. Voor deze patiënten valt het gemiddelde aantal uren 15% hoger uit dan op basis van de Vektis data.

Bijlage 5: Keuze voor zorgzwaarte

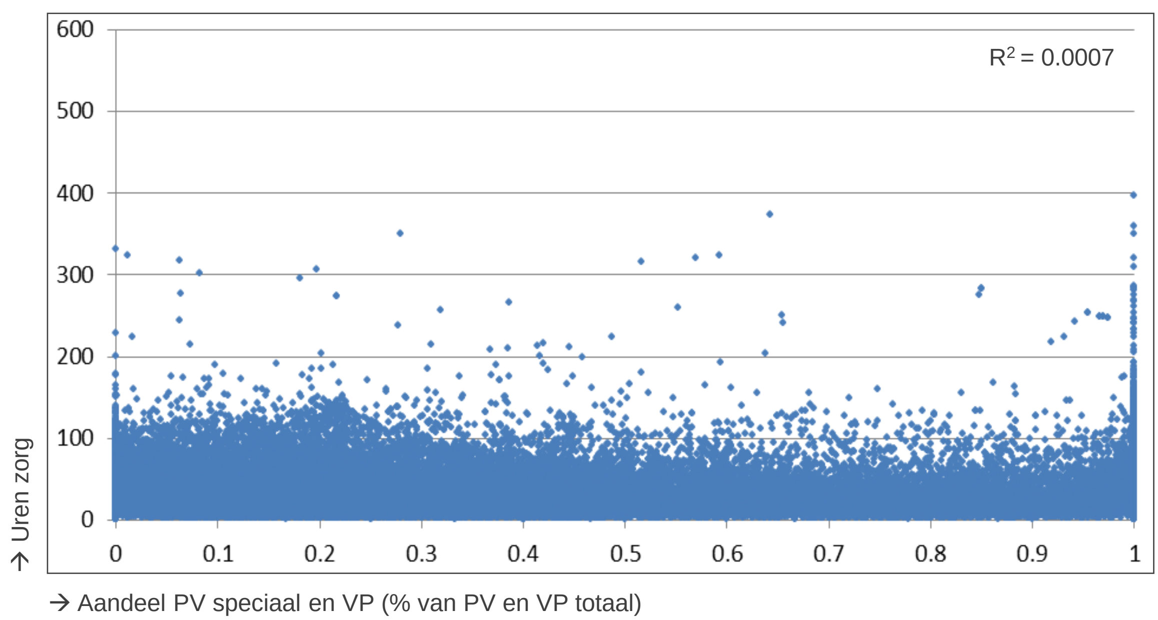
Prestaties moeten recht doen aan de intensiteit en de complexiteit van de zorgvraag. Complexiteit heeft te maken met een complexe zorginhoud maar ook met de complexiteit van de organisatie van de zorg. Lambregts et al., (2012) schrijven dat complexiteit zowel case complexity als patient complexity omvat. Beiden factoren resulteren in hetzij meer uren zorg of een hoger deskundigheidsniveau.

Correlatie tussen uren en deskundigheidsniveau

We hebben of er een correlatie bestaat tussen het aantal uren zorg en het ingezette deskundigheidsniveau om zo te bepalen of beide meegenomen moeten worden in de maat zorgzwaarte. Voor deskundigheid is het percentage van de zorg dat door niveau 4 of hoger geleverd wordt gehanteerd (aandeel uren PV speciaal/VP in totale zorglevering).

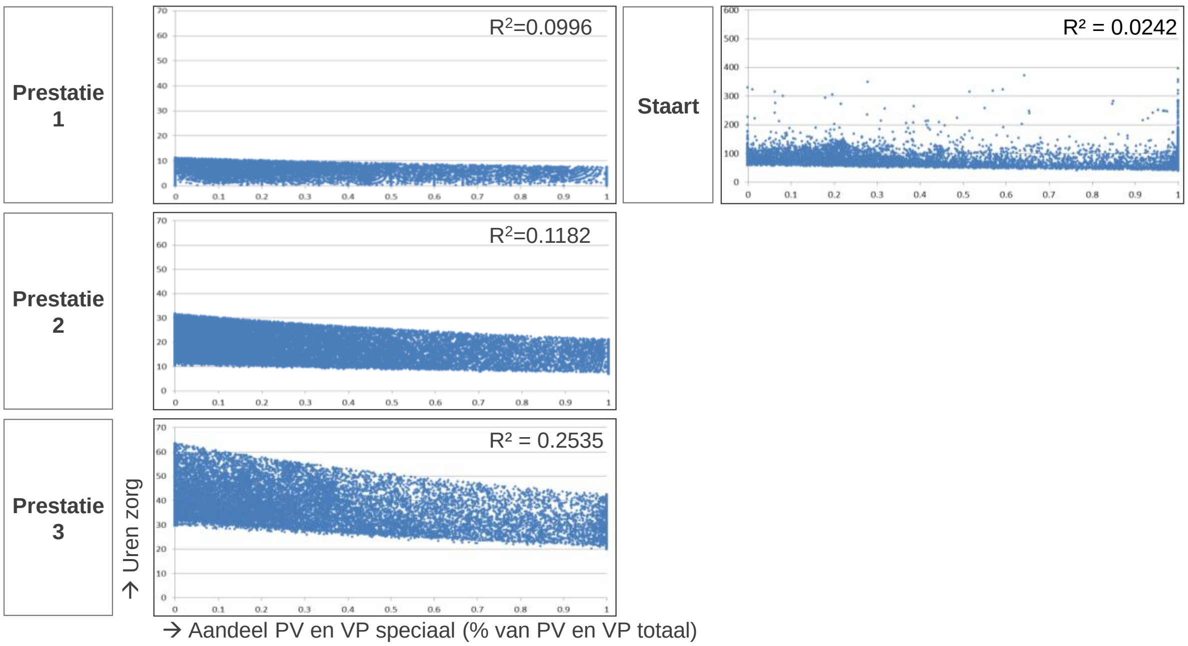
Het onderstaande 'scatterplot' (figuur 1) laat zien dat er geen betrouwbaar statistisch verband bestaat tussen de uren zorg en het deskundigheidsniveau. Ook binnen de drie integrale prestaties is er geen statistisch verband (figuur 2). Dit was voor ons aanleiding om zowel het aantal uren als de deskundigheid mee te nemen in de berekening van de zorgzwaarte.

Correlatie aantal uren wijkverpleegkundige zorg en deskundigheidsniveau



Figuur 1 - Analyse van statische correlatie aantal uren zorg en deskundigheidsniveau (uitgedrukt in % PV speciaal en VP). De 'R^2' drukt de statistische correlatie uit. Een waarde dichtbij de 1 betekent een sterke correlatie, een waarde dichtbij de 0 betekent geen correlatie. Bron: data Vektis (periode 11-2012)

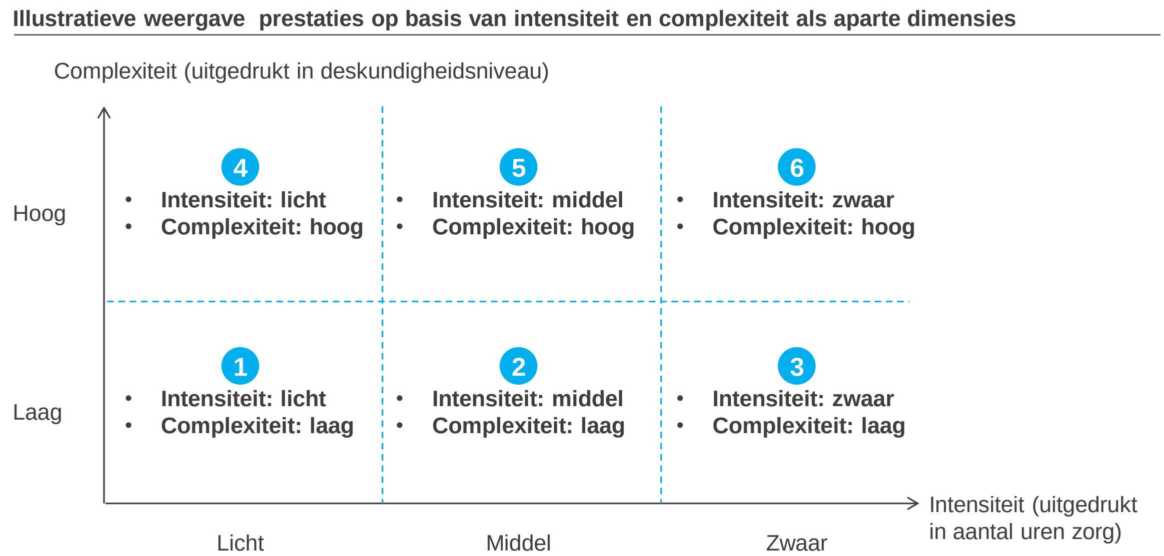
Correlatie aantal uren wijkverpleegkundige zorg en deskundigheidsniveau



Figuur 2 - Analyse van statische correlatie aantal uren zorg en deskundigheidsniveau (uitgedrukt in % PV speciaal en VP) per prestatie en de 'staart'. De 'R^2' drukt de statistische correlatie uit. Een waarde dichtbij de 1 betekent een sterke correlatie, een waarde dichtbij de 0 betekent geen correlatie. Bron: data Vektis (periode 11-2012)

Prestaties op basis van uren en deskundigheid samen of apart

Wij hebben gekozen voor drie generieke prestaties ingedeeld op intensiteit en complexiteit tegelijk om zo het aantal prestaties beperkt te houden. Alternatief zou zijn om intensiteit en complexiteit als aparte dimensies te gebruiken en met zes prestaties te werken (zie figuur 1): drie voor lage complexiteit (licht – middel – zwaar) en drie voor hoge complexiteit (laag – middel – zwaar).



Figuur 3 - Illustratieve weergave prestaties op basis van intensiteit en complexiteit als aparte dimensies

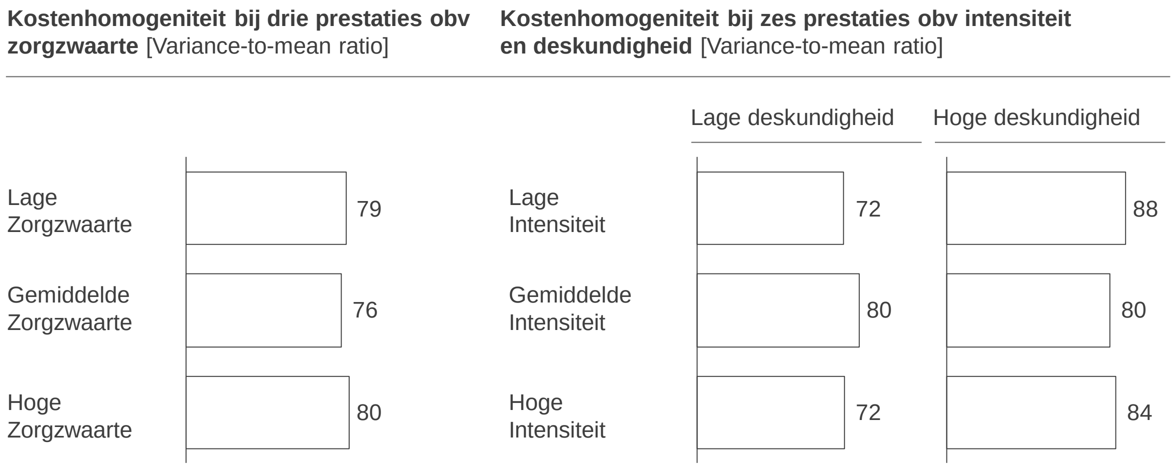
We hebben om twee redenen geconcludeerd we dat het beter is om een algemene maat, zorgzwaarte (=intensiteit maal complexiteit), te hanteren waarin uren en deskundigheid zijn gecombineerd:

- Aantal prestaties dat nodig is voor kostenhomogeniteit is twee keer zoveel bij apart benoemen van uren en deskundigheid
- Risico op upcoding is groter bij apart benoemen van uren en deskundigheid

Hier onder lichten we elk punt toe.

Vergelijking van kostenhomogeniteit

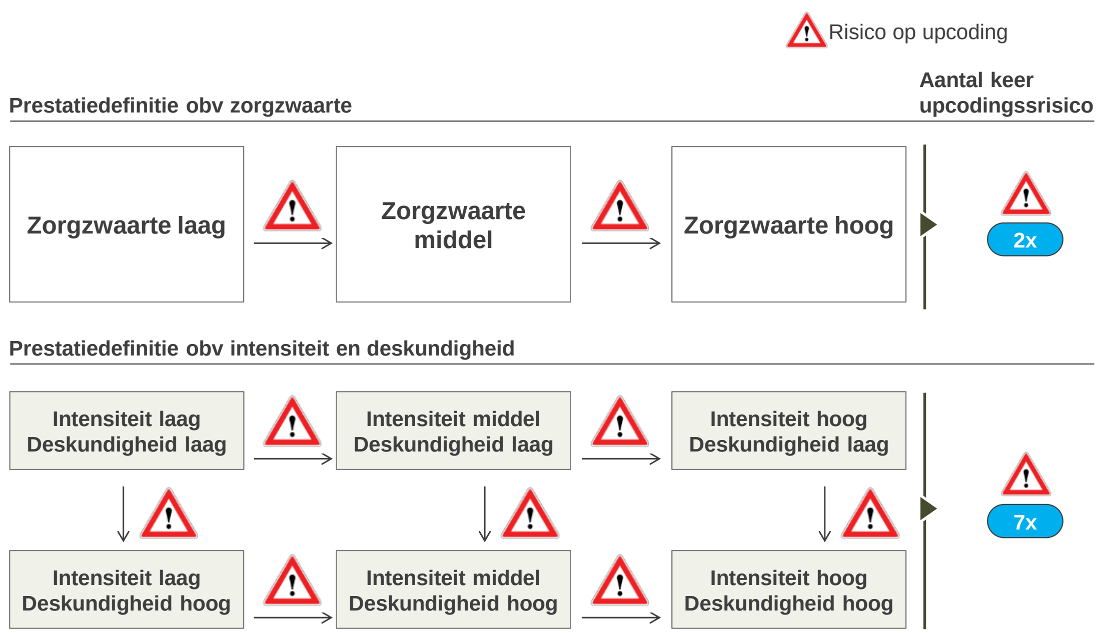
Bij aparte prestaties voor verschillende intensiteits- en deskundigheidsniveaus zijn tweemaal zoveel prestaties nodig om dezelfde mate van kostenhomogeniteit te realiseren als bij prestaties die intensiteit en deskundigheid combineren (zie figuur 4). Hierbij is de methodiek voor het vaststellen van de kostenhomogeniteit gehanteerd, zoals beschreven in ‘Bijlage – Methodiek voor indelen patiënten in kostenhomogene prestaties’. Dit is inefficiënt: meer prestaties, maar geen winst in kostenhomogeniteit.



Figuur 4 - Kostenhomogeniteit bij prestaties obv zorgzwaarte score en obv intensiteit en deskundigheid. Bron: Vektis (periode 11 - 2012)

Vergelijking van upcodingsrisico

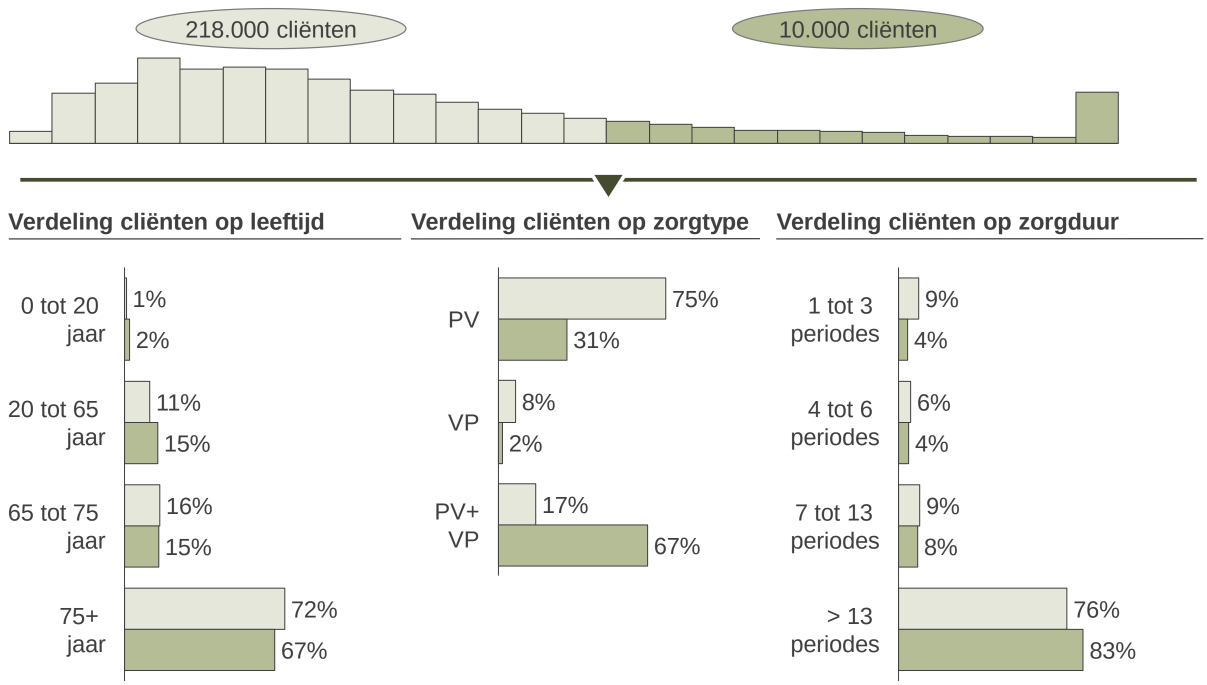
In figuur 5 hebben we de upcodingsmogelijkheden weergegeven voor prestatieindeling op zorgzwaarte en prestatieindeling op intensiteit en deskundigheidsniveau. Aparte prestaties verhogen het aantal upcodingsmogelijkheden met een factor 3,5. Dit komt doordat upcoding in twee richtingen mogelijk is: tussen de intensiteitsniveaus en tussen beide de deskundigheidsniveaus. Het risico dat er upcoding plaatsvindt is bij minder prestaties kleiner dan bij meer, de mogelijk financiële impact is echter kleiner bij meer prestaties.



Figuur 5 - Illustratieve weergave upcodingsrisico bij prestaties obv zorgzwaarte score en obv intensiteit en deskundigheid

Bijlage 6: Analyse patiënten met zeer hoge zorgzwaarte

Voor zware patiënten die meer dan twee uur zorg per dag nodig hebben stellen wij een aparte bekostiging voor daadwerkelijk geleverde zorg voor. Bij het komen tot deze oplossing hebben we deze patiënten met zeer hoge zorgzwaarte eerst nader geanalyseerd. Zoals eerder aangegeven gaat het in de oude situatie om ongeveer 23.000 patiënten per jaar en 10.000 duizend per 4 weken. Een deel hiervan zal vanaf 2015 onder de WLZ vallen en er zitten ook patiënten met overbruggingszorg tussen. Omdat we nu nog niet weten welke patiënten dit zijn hebben we de analyse gericht op alle tienduizend patiënten.



Figuur 1 - Analyse van patiënten met zeer hoge zorgzwaarte. Bron: Data CAK (periode 12 - 2012)

Figuur 1 laat zien dat patiënten met zeer hoge zorgzwaarte qua leeftijd niet sterk afwijken van de patiënten die wel onder de integrale prestaties vallen, ze zijn gemiddeld iets jonger. Daarnaast zitten er tussen patiënten met zeer hoge zorgzwaarte gemiddeld meer patiënten die langer dan een jaar in zorg zijn, maar het verschil is niet groot. Waar patiënten met zeer hoge zorgzwaarte wel afwijkend is zijn is het type zorg dat zij ontvangen. Het gaat overwegend om patiënten die zowel verpleging als verzorging kregen in de ‘oude situatie’.

Bijlage 7: Impactanalyse omzetverandering per aanbieder

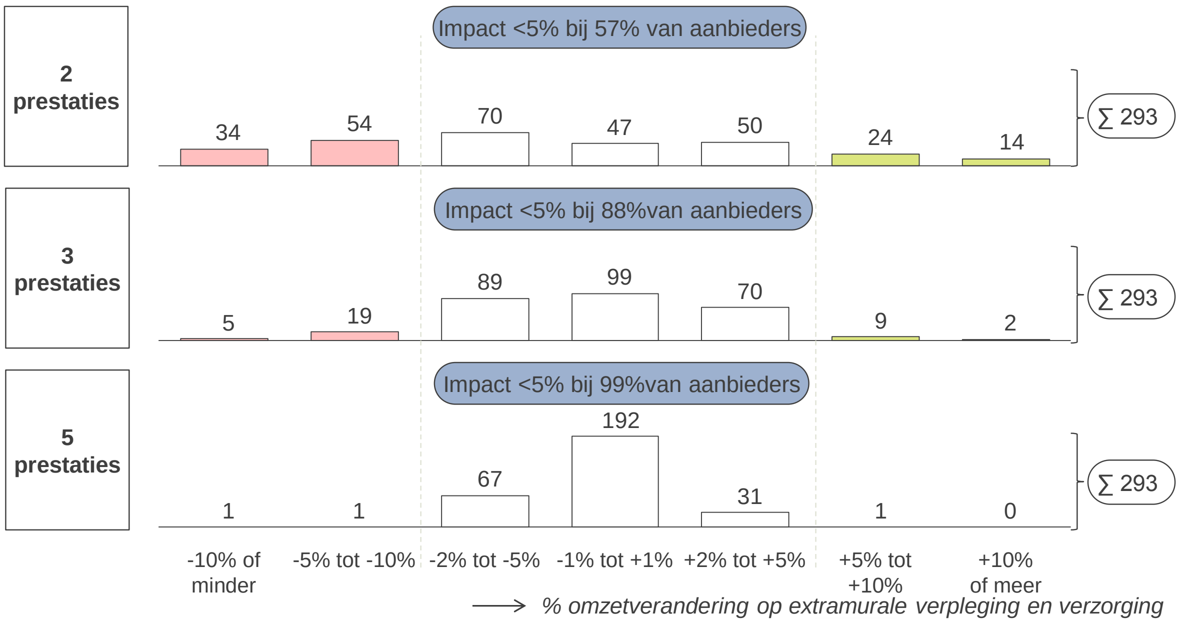
Onderdeel van de beoordeling van de verschillende scenario's in segment 2 is een analyse van de mogelijk impact op de inkomsten van zorgaanbieders. In deze analyse hebben we per aanbieder de omzet in twee situaties vergeleken:

1) Inkomsten onder bekostiging per uur
2) Benadering van inkomsten bij prestatiebekostiging

Voor de inkomsten onder de bekostiging per uur hebben we per aanbieder de omzet bepaald aan de hand van de daadwerkelijk geleverde uren PV, PV speciaal, PV extra, VP, VP speciaal en VP extra. Om te kunnen vergelijken met de inkomsten bij prestatiebekostiging hebben we voor elke aanbieder dezelfde tarieven gehanteerd. Voor de prestaties stelt de NZa de toekomstige tarieven vast. Voor deze analyse hebben we de prestatietarieven benaderd op basis van een vertaling van de bestaande PV en VP tarieven. Het effect is dus zuiver het effect van het werken met integrale prestaties en geen tariefseffect. Alle aanbieders met tenminste 1 miljoen euro aan jaaromzet uit verpleging en verzorging zijn meegenomen in de analyse.

Uit deze analyse blijkt dat de omzet behoorlijk stabiel is bij drie of vijf prestaties (zie figuur 1). Bij twee prestaties krijgt echter bijna vijftig procent van de aanbieders te maken met een significante omzetverandering (>5%). Bij vijf prestaties is de omzetstabiliteit het grootst. In het algemeen geldt: hoe meer prestaties, hoe groter de stabiliteit, omdat de spreiding in zorgkosten tussen de patiënten in de prestatie kleiner wordt. Wellicht ten overvloede: bij introductie van een nieuw stelsel zullen er altijd enige verschillen optreden in de te verwachten omzet; de enige manier om die verschillen te elimineren zou zijn om het stelsel niet te wijzigen.

Inschatting omzetverandering thuiszorgaanbieders[1] in verschillende scenario's na exclusie van 'staart' [aantal zorgaanbieders]



Figuur 1 – Inschatting omzetverandering

Bijlage 8: Parameters voor populatiebekostiging

Bij populatiebekostiging is het belangrijk om rekening te houden met factoren die bepalend zijn voor het zorggebruik van verzekerden. Voor verzekerden met kenmerken die samenhangen met een hoger zorggebruik moet een hoger bedrag gerekend worden en vice versa.

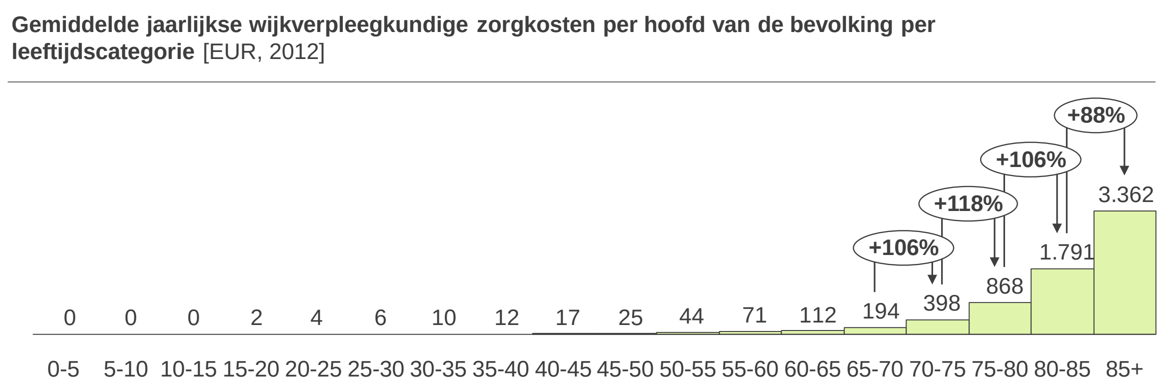
Uitgaande van de bij zorgverzekeraars bekende informatie, hebben wij het effect van drie kenmerken onderzocht:

- Leeftijd
- Geslacht
- Inkomen

Deze kenmerken hebben een duidelijke relatie met het verwachte zorggebruik. Hieronder geven we een overzicht van de voornaamste bevindingen.

Leeftijd

Dat ouderen meer verpleging en verzorging krijgen dan jongeren is geen verrassende informatie. Interessanter is dat de zorgkosten (ongeacht het geslacht) vanaf het 65[e] levensjaar elke vijf jaar ongeveer verdubbelen (zie figuur 1). Leeftijd is dus een belangrijk persoonskenmerk dat meegenomen moet worden in de populatiebekostiging.

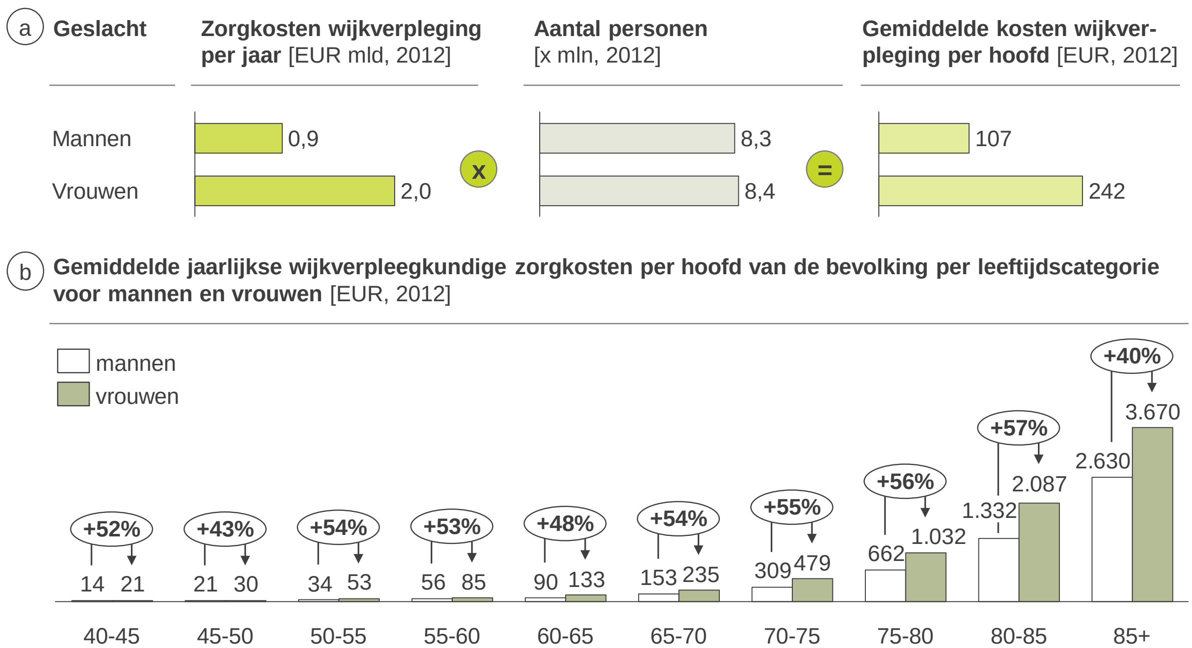


Figuur 1 - Gemiddelde zorgkosten extramurale verpleging en verzorging per vijfjarige leeftijdsklasse. Bron: CAK (2012), CBS (2012)

Geslacht

Naast leeftijd zijn de zorgkosten in extramurale verpleging en verzorging ook afhankelijk van het geslacht. Vrouwen maken ongeveer 2,5 keer zoveel kosten als mannen (figuur 2a). Dit is deels te verklaren doordat vrouwen gemiddeld een hogere leeftijd bereiken dan mannen en de kosten aan verpleging en verzorging elke vijf jaar verdubbelen zoals we hierboven reeds benoemd hebben. Wanneer we corrigeren voor leeftijd (figuur 2b) blijkt echter dat ook binnen dezelfde leeftijdscategorie vrouwen nog steeds anderhalf keer meer verpleging en verzorging krijgen dan mannen. Dit is waarschijnlijk te verklaren doordat vrouwen door hun

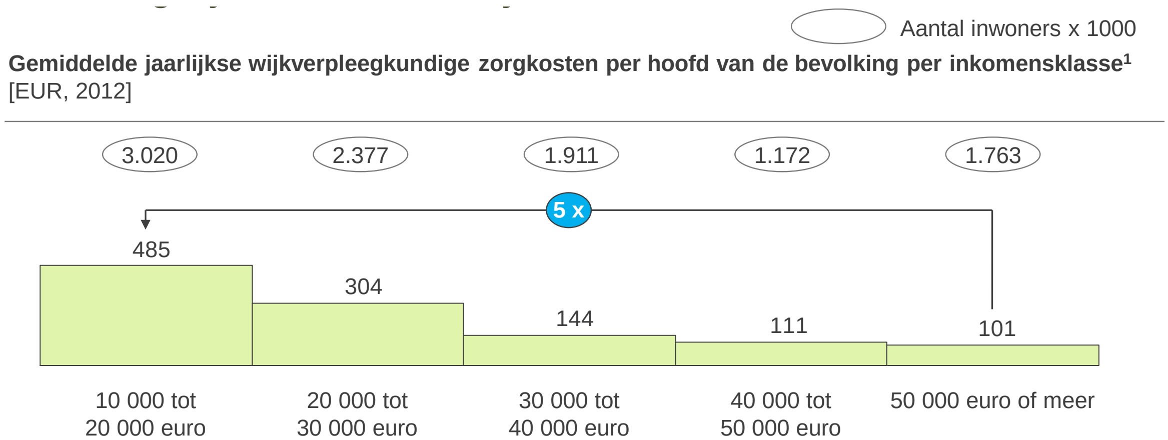
hogere levensverwachting gemiddeld vaker alleen zijn dan mannen in dezelfde leeftijdsklasse. Alleenstaanden hebben een hogere zorgvraag dan echtparen die nog samen zijn. Bij echtparen verleent de partner vaak mantelzorg en is de aanvullende zorgvraag dus. Geslacht moet dus ook nog apart worden meegenomen als persoonskenmerk in de populatiebekostiging.



Figuur 2 - Gemiddelde zorgkosten extramurale verpleging en verzorging onder mannen en vrouwen op totaalniveau (a) en per leeftijdscategorie (b). Bron: CAK (2012), CBS (2012). Leeftijdsklassen tot 40 jaar zijn niet weergegeven, omdat de gemiddelde zorgkosten in deze leeftijdsklassen dermate laag zijn dat een vergelijking op geslacht niet zinvol is.

Inkomen

De zorgkosten in extramurale verpleging en verzorging zijn naast leeftijd en geslacht ook afhankelijk van het inkomen. Personen met een inkomen tussen tienduizend en twintigduizend euro maken gemiddeld bijna vijf keer zoveel kosten aan verpleging en verzorging als personen met een inkomen boven de vijftigduizend euro.



Figuur 3 - Gemiddelde zorgkosten extramurale verpleging en verzorging per inkomensklasse. Bron: CAK (2012), CBS (2012).

Bijlage 9: Vergelijkbaarheid van verschillende perioden

De impactanalyses bij de prestatiebekostiging voor segment 2 die we in dit adviesrapport presenteren zijn gebaseerd op Vektis data van november 2012. We hebben voor deze maand gekozen om de volgende redenen:

- Gegevens over het jaar 2012 zijn meer compleet dan 2013. In 2013 ging VWS van start met het experiment regelarme instellingen (ERAI). De productie van de instellingen die hieronder vallen (m.n. Buurtzorg) zit wel in 2012. De maanden aan het eind van 2012 zijn dus de meest recente periodes waarover data beschikbaar is waar alle aanbieders in zitten.
- We kozen voor november ipv december, omdat de ervaring leert dat declaraties over de laatste (en eerste) maand van een jaar soms wat afwijkend zijn en deze dus minder geschikt als referentieperiode.

De randvoorwaarde om dit te kunnen doen is wel dat alle maanden vergelijkbaar zijn met elkaar. Uiteraard onderzochten we dit. In deze bijlage vergelijken we de volgende periodes:

- November 2012
- Februari 2013
- November 2013

Zoals hierboven aangegeven hebben we voor deze maanden in 2013 geen data van ERAI instellingen, maar de gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus zouden desondanks niet sterk af mogen wijken van 2012 data.

We vergelijken de drie maanden op drie niveaus

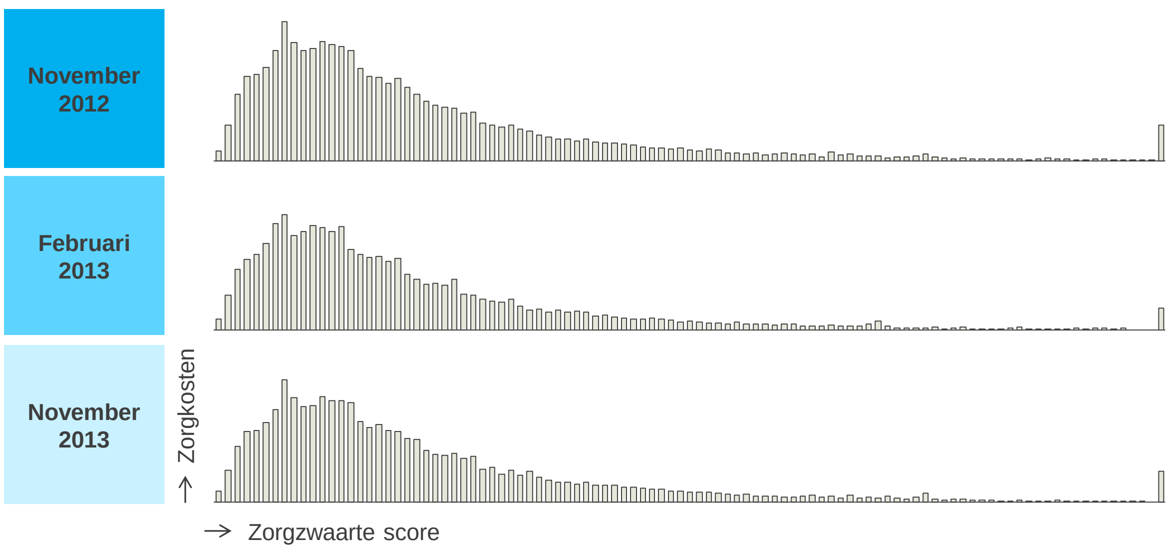
- Vergelijking van spreiding in zorgkosten tussen periodes
- Vergelijking van gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus per prestatie
- Vergelijking van prestatiegrenzen waarbij kostenhomogeniteit optimaal is

In de overige analyses is gecorrigeerd van maand naar een periode van 4 weken. Hier laten we de analyse per maand zien. De aantallen uren zullen dus iets hoger zijn.

Vergelijking van spreiding in zorgkosten tussen de maanden

We vergelijken het patroon van de spreiding van zorgkosten tussen de maanden (zie figuur 1). Duidelijk is dat de spreiding voor alle maanden hetzelfde patroon vertoont. Voor de februari 2013 en november 2013 is de curve iets vlakker, vanwege het ontbreken van de kosten van de ERAI instellingen.

Verdeling zorgkosten naar zorgzwaarte

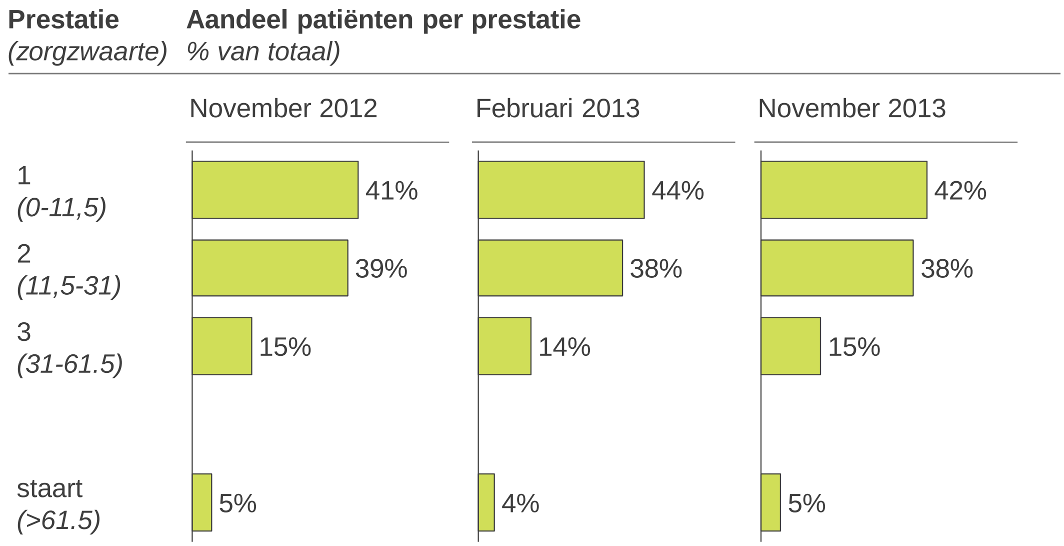


Figuur 1 - Spreiding van zorgkosten naar zorgzwaarte score voor november 2012, februari 2013 en november 2013. Bron: Data Vektis (2012, 2013)

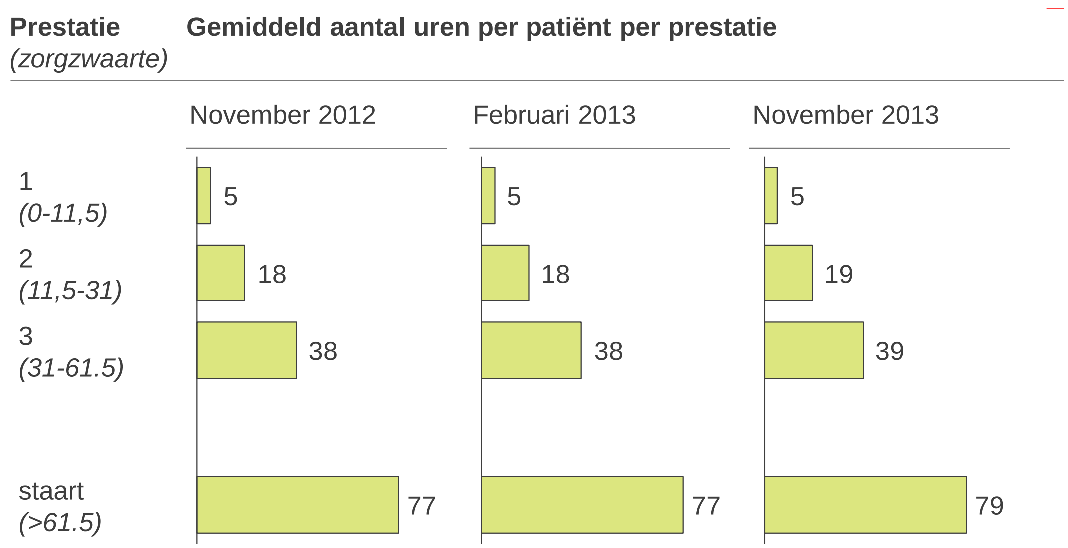
Vergelijking van gemiddelde aantallen patiënten en uren en deskundigheidsniveaus per prestatie

Een volgende controle die we uitvoerden is een vergelijking van prestatiegemiddelden in de verschillende maanden. We vergeleken het aandeel patiënten in elke prestatie en de gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus (figuur 2, 3 en 4).

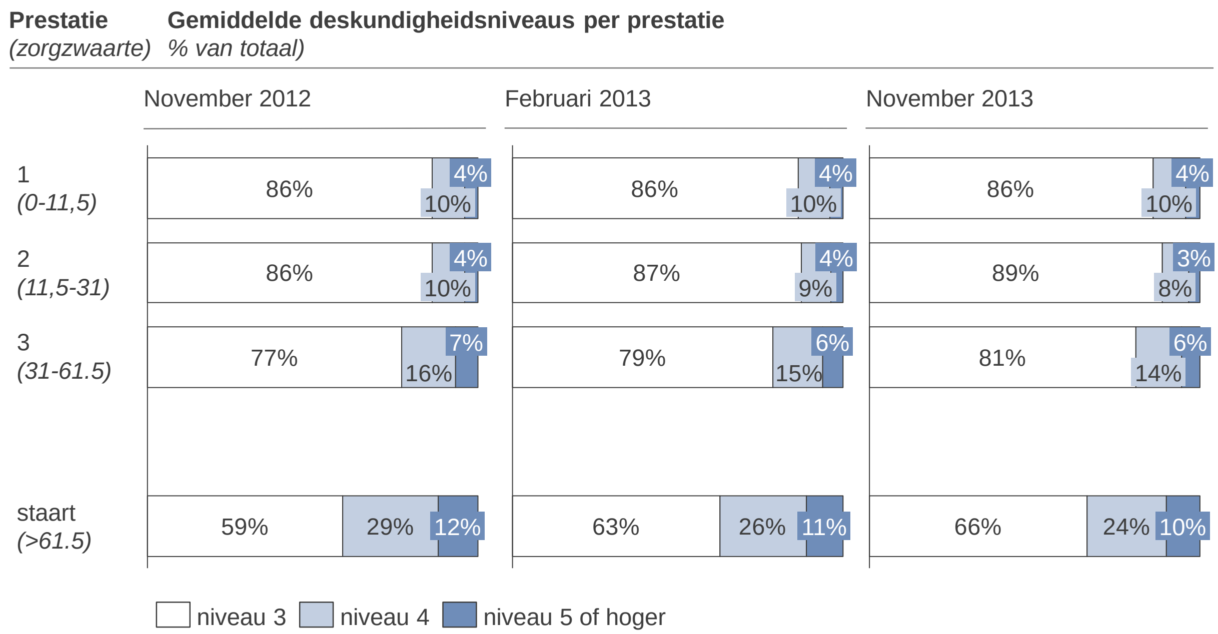
Figuur 2 en 3 illustreren dat zowel het aandeel van de patiënten in elke prestatie als de gemiddelde uren per prestatie zeer vergelijkbaar zijn voor de drie maanden. Bij vergelijking van de gemiddelde deskundigheidsniveaus (figuur 4) valt voor prestaties 2 en 3 en de 'staart' de trend van een afnemend gemiddeld deskundigheidsniveau op. Nadere analyse van deze trend wijst uit dat deze gedreven wordt door een verschuiving van PV en VP 'speciaal' naar 'basis' in 2013 tov 2012 en een lichte verschuiving van VP naar PV. Zowel de Vektis als de CAK data bevatten dit patroon (zie tabel 1).



Figuur 2 - Aandeel patiënten per prestatie in november 2012, februari 2013 en november 2013bij afkappunten op zorgzwaarte scores 11,5, 31 en 61,5. Bron: Data Vektis (2012, 2013)



Figuur 3 - Gemiddeld aantal uren per prestatie voor november 2012, februari 2013 en november 2013 bij afkappunten op zorgzwaarte scores 11,5, 31 en 61,5. Bron: Data Vektis (2012, 2013)



Figuur 4 - Gemiddelde deskundigheidsniveaus per prestatie voor november 2012, februari 2013 en november 2013 bij afkappunten op zorgzwaarte scores 11,5, 31 en 61,5. Bron: Data Vektis (2012, 2013)

Tabel 1. Verhouding uren in PV / VP basis, extra en speciaal in Vektis en CAK data voor 2012 en 2013

	Vektis		CAK	
prestatie	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**
PV-basis	67.8%	77.3%	68.0%	76.3%
PV-extra	10.4%	3.9%	10.7%	5.2%
PV-speciaal	9.4%	7.3%	9.1%	7.2%
VP-basis	10.2%	10.4%	10.3%	10.5%
VP-extra	1.4%	0.4%	1.4%	0.5%
VP-speciaal	0.8%	0.6%	0.6%	0.3%
Totaal	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Vergelijking van prestatiegrenzen waarbij kostenhomogeniteit optimaal is

We onderzochten de impact van de geobserveerde verschuiving in gemiddeld deskundigheidsniveau op de prestatieindeling door voor november 2012, februari 2013 en november 2013 de prestatiegrenzen vast te stellen waarbij de kostenhomogeniteit optimaal is.

Deze analyse laat zien dat dat het effect op de prestatiegrenzen minimaal is (tabel 2).

Tabel 2 - Prestatiegrenzen waarbij kostenhomogeniteit optimaal is voor november 2012, februari 2013 en november 2013

	November 2012		Februari 2013		November 2013	
Prestatie	**van**	**tot**	**van**	**tot**	**van**	**tot**
Prestatie 1	0	11,5	0	11,5	0	11
Prestatie 2	11,5	31	11,5	32	11	31
Prestatie 3	31	61,5	32	61,5	31	61,5

Wij concluderen dat de prestatie indeling robuust is. Wel adviseren wij om goed te monitoren hoe de gemiddelde uren en deskundigheidsniveaus zich ontwikkelen in het nieuwe systeem. Op basis van deze inzichten is te beoordelen of de prestatiegrenzen bijgesteld moeten worden.